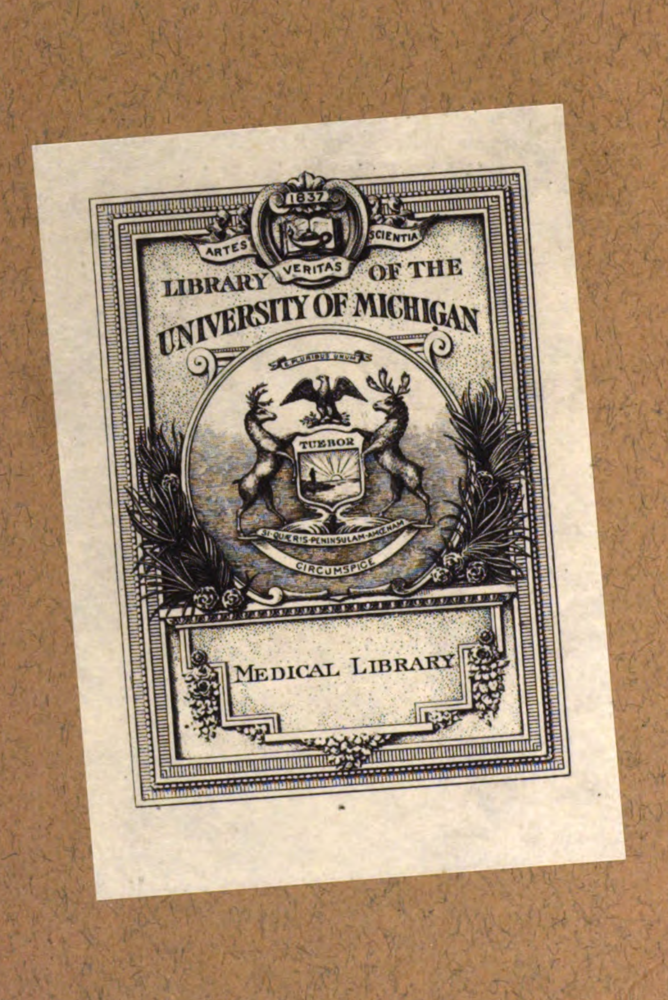
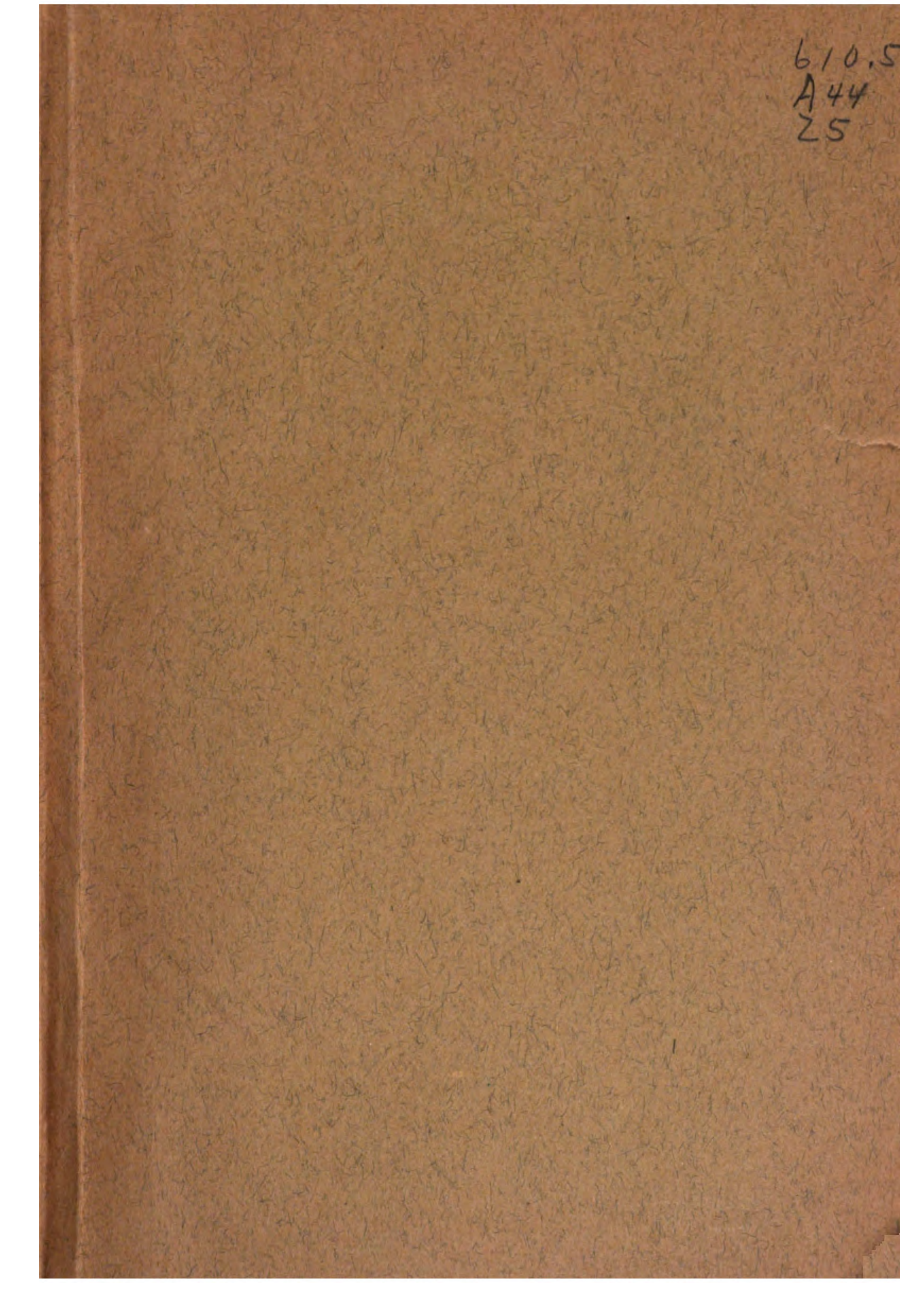
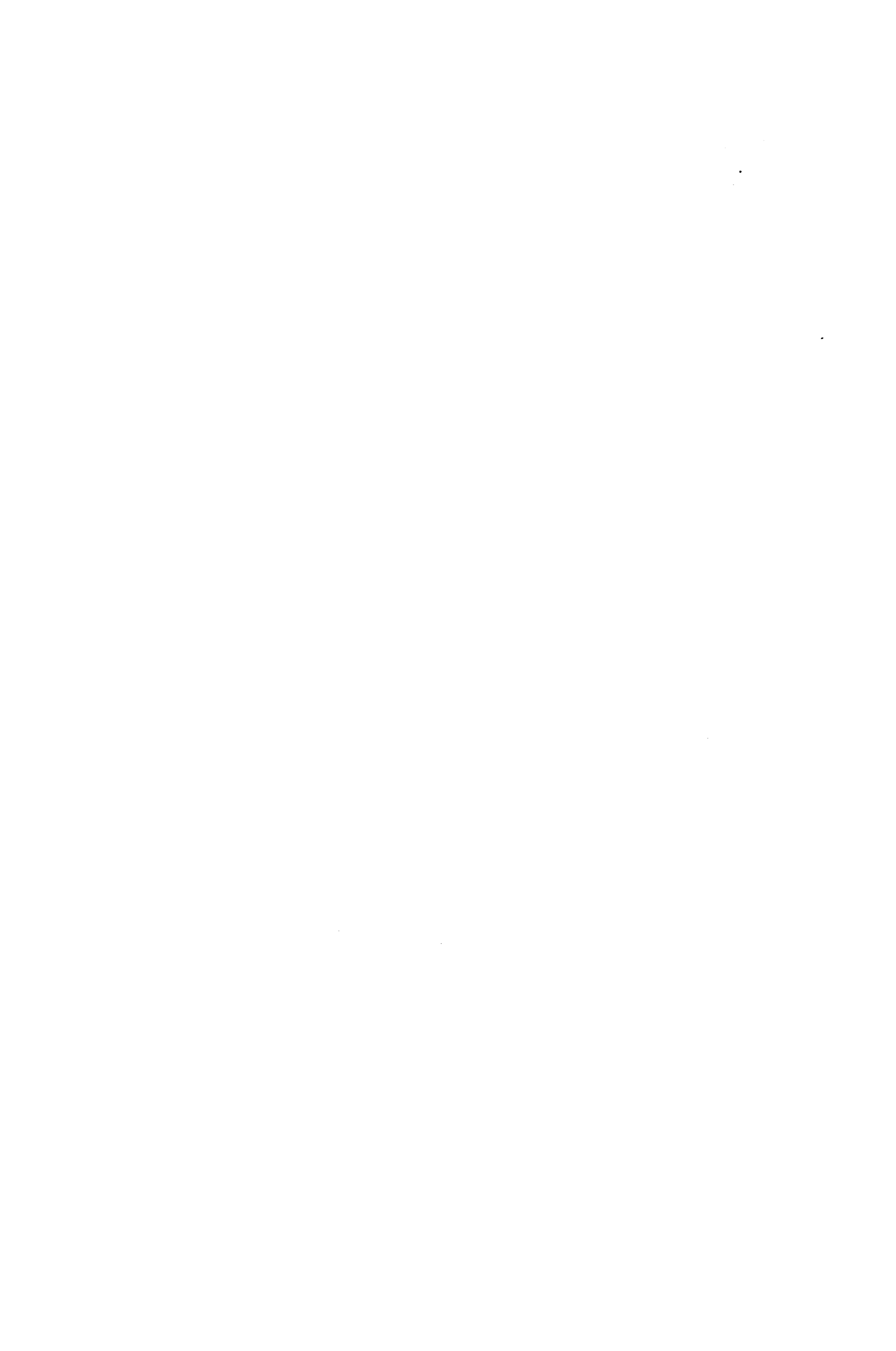










ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

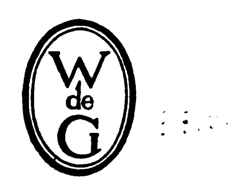
UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R., **PERETTI**-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG
SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

ZWEIUNDACHTZIGSTER BAND
NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1924
REDIGIERT VON
HELMUT MÜLLER
LEIPZIG-PROBSTHEIDA



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.
1925

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

Kleinere Mitteilungen.

Zweites, Drittes und Viertes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

Kleinere Mitteilungen.

Fünftes und Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

Kleinere Mitteilungen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R., **PERETTI**-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG
SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

ZWEIUNDACHTZIGSTER BAND

ERSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 21. APRIL 1925



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1925

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1. Heft.

Originalien.

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medizin" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Jedes Jahr erscheinen zwei Bände zu je 8 Heften; die Abnahme des ersten Heftes verpflichtet zur Abnahme des ganzen Bandes. Preis für den Band im Umfang von etwa 40 Bogen ca. M. 25.—. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird ein Nachlaß von $16\,^1/_3\,\%$ gewährt.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig-Dösen, Post Probstheida, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen ebenfalls 25 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

für
sam
werd

Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie[1].

Bericht, erstattet in der gemeinsamen Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Innsbruck am 25. September 1924.

Von

Karl Kleist.

Die Strömungen, von denen wir die gegenwärtige Psychiatrie getragen sehen, sind an die Stelle anderer getreten, die noch vor kurzem herrschend waren; ein Wechsel, der nur verstanden werden kann, wenn man sich der Entwicklung und des letzten Zustandes unserer Wissenschaft bewußt ist.

Das vergangene Jahrhundert psychiatrischer Forschung.

In dem verflossenen ersten Jahrhundert wissenschaftlicher Psychiatrie zeichnen sich drei Entwicklungsstufen ab. Ihre erste ist die psychologisch-symptomatologische. Man kennt von den Geisteskrankheiten, deren biologische Auffassung mühsam einer ausschließlich metaphysich-philosophisch-religiösen Betrachtung der Seele abgerungen wird, nur ihre seelischen Erscheinungen und bildet aus ihnen primitive Krankheitsbegriffe, die noch nicht den Namen von solchen verdienen: Exaltation, Hypochondrie, Wahnsinn, Verrücktheit und dergleichen[2]. Die Lehre von der Einheitspsychose ist demgegenüber schon ein Fortschritt; denn in der Annahme gesetzmäßig aufeinanderfolgender Stadien von Melancholie, Exaltation und geistiger Schwäche leuchtet, wenn auch trübe, der Gedanke eines den Erscheinungen des Irreseins übergeordneten, sie bedingenden Krankheitsprozesses auf.

Es folgt das Zeitalter, das in der gesamten Medizin durch *Virchows* Werk und Namen bezeichnet wird: die Begründung der Krankheiten auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen des erkrankten

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Frankfurt a. M.

[2]) Vgl. *Kieser*: Elemente der Psychiatrik 1855.

Organs. Die anatomische Richtung in der Psychiatrie wird zugleich zu einer neurologischen, indem *Griesinger* Psychiatrie und Neuropathologie in Forschung und Unterricht vereint. In ihnen sieht er „nicht zwei eng verbundene Gebiete, sondern es ist ein Gebiet, wo alles eine Sprache spricht und von denselben Gesetzen regiert wird." „Der erste Schritt zu einem Verständnis der geistigen Störung — sagt *Griesinger* — ist ihre Lokalisation, d. h. ihre Herleitung aus Krankheitsveränderungen des Gehirns. . . So haben wir vor allem in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen [1])." Aus dieser noch ganz allgemeinen Lokalisation der Geistesstörungen im Gehirn entwickelt sich dann, gefördert durch *Meynerts* hirnanatomische und *Hitzigs* hirnphysiologische Entdekkungen, eine spezielle Gehirnlokalisation der niederen und einfachen seelischen Funktionen bzw. ihrer Störungen (Aphasie, Agnosie u. a.), auf denen *Wernicke* sein großartiges Gebäude einer anatomisch-lokalisatorisch und neuropathologisch gedachten Psychiatrie errichtet. Diese Richtung achtete indessen fast nur auf den Ort und die allgemeine neurologische Störungsweise, nicht auf die Art der Krankheitsvorgänge und blieb daher unzureichend. Auch in der gesamten übrigen Medizin hatte die pathologische Anatomie das pathogenetische Bedürfnis nicht befriedigen können und so kam, geführt von der Bakteriologie, ein Zeitalter vorwiegend ursächlichen Denkens herauf und in der Psychiatrie die klinisch-ätiologische Methode zur Herrschaft. Die Paralyse, die noch bei *Griesinger* nur eine „Komplikation des Irreseins" war, wird zum Vorbild eines in gewissen Grundsymptomen, in einem gleichartigen Verlauf und Ausgang und einem eigenartigen Hirnbefund übereinstimmenden Leidens. Nach dieser Methode entwickelt *Kahlbaum* [2]) seine Katatonie, ihm folgend *Hecker* die Hebephrenie. Symptomenkomplex — das Wort taucht hier zum ersten Mal auf — und „innerer Krankheitsprozeß" werden noch schärfer als bei *Griesinger* einander gegenübergestellt. Ist die klinische Richtung bei *Kahlbaum* mehr auf die in gewissen Hauptzügen übereinstimmenden Symptomenbilder und die Verlaufsweise der Krankheiten abgestellt, so legt *Kräpelin* größeren Nachdruck auf gleiche Ursache und gleichen Ausgang, auf die Übereinstimmung der Endzustände bei unheilbaren Erkrankungen. Die Ursache ist es, die die Eigenart des Krankheitsvorganges bestimmt.

---

[1]) *W. Griesinger.* Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861. S. 1. Ders. Archiv f. Psych. I. 1868.

[2]) *Kahlbaum.* Die Katatonie. 1874. Einleitung.

So schließt sich erst bei ihm die „natürliche Krankheitseinheit" ganz zusammen [1]).

In der Tat gelingt es nun bald, eine Anzahl von Krankheiten zu bestimmen bzw. deren Kenntnis zu vertiefen, wobei alle Hilfswissenschaften — Histopathologie, Serologie u. a. — herangezogen werden. Die progressive Paralyse wird histopathologisch und serodiagnostisch gefestigt; ihre einheitliche Ursache bestätigt der noch zuletzt geglückte Nachweis der Spirochäten im Gehirn. Hand in in Hand damit ging die Abgrenzung der hirnluetischen Erkrankungen, sowie der senilen und arteriosklerotischen Psychosen. Erfolgreich war die klinisch-ätiologische Methode auch auf dem Gebiete der endokrinen Psychosen und Abartungen (Basedow, Myxödem, Kretinismus u. a.).

Auch später kann die klinische Forschungsrichtung noch Fortschritte verzeichnen. Doch treten dabei auch ihre Schwächen mehr und mehr hervor.

Die Psychosen bei Vergiftungen und Infektionen, bei körperlichen Erkrankungen, nach Operationen, nach Hirnverletzungen, bei Hirnschwellungen, Hirndruck, Hydrocephalus und Meningitis werden bearbeitet. Der Krieg und die Grippeepidemien befruchten diese Studien erneut. Bei den Alkoholpsychosen hatte aber schon längst *Wernicke* gelehrt, daß der einen Ursache keineswegs ein einheitliches Symptomenbild, sondern deren mehrere — das Delir, die Halluzinose, der Korsakoff, der einfache und pathologische Rausch — entsprächen; auch Verlauf, Dauer und Ausgang stimmten nicht überein. Im Gebiete der Infektionspsychosen waren es zuerst die Choreapsychosen, an denen ich eine Mannigfaltigkeit von Zustandsbildern und Verlaufsweisen bei einer und derselben Ursache aufzeigen konnte[2]). chließlich wies *Bonhoeffer*[3]) nach, daß der Gesamtheit sog. exogener Krankheitsursachen ein größerer Kreis von Symptomenkomplexen — der „heteronomen" Zustandsbilder, wie ich sie genannt habe — in dem Sinne zugeordnet ist, daß die exogenen Hirnschädigungen diese Formen ganz erheblich häufiger als andere Erscheinungen hervorrufen.

---

[1]) Vgl. *Kräpelin*. Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 42. Heft 3/5. 1918.

[2]) *Kleist*. Über die psychischen Störungen bei der Chorea minor. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64. 1907.

[3]) *Bonhöffer*. *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie. 3. Abt. 1912.

Daneben lief die Erforschung der seelischen Krankheitsursachen und der von ihnen abhängigen Störungen einher. Der Hysterie wurden die anderen psychogenen Leiden angegliedert und damit der große Kreis reaktiv-psychogener Erkrankungen geschaffen: die Haftpsychosen, die Neuropsychosen nach Unfällen und bei Rentenansprüchen, noch zuletzt die Schreckpsychosen und Kriegsneurosen. In seiner Lehre von den Psychosen auf Grund überwertiger Ideen hatte auch *Wernicke* einen maßgebenden Beitrag zur klinisch-ätiologischen Forschung geliefert. Aber auch bei den psychogenen Erkrankungen entsprechen der einheitlichen seelischen Verursachung nicht ein, sondern zahlreiche verschiedene Krankheitsbilder und Verlaufsweisen (emotive und hysterische Formen, Zwangszustände, chronische Wahnbildungen mit überwertiger Idee, u. a.).

Ein weiteres Gebiet, auf dem die pathogenetische Fragestellung noch vorwärts geführt hat, waren die Erkrankungen des Rückbildungsalters. Es gelang mir, die als Involutionsparanoia[1]) bezeichnete, wahnbildende Erkrankung der Rückbildungsjahre abzugrenzen, und *Medow*[2]) konnte der depressiven Involutionspsychose eine feste Gestalt geben. Doch sind diese Erkrankungen nicht nur durch ihre hirninvolutiven Ursachen, sondern mindestens ebensosehr durch abnorme Hirnanlagen, durch präpsychotische seelische Beschaffenheiten bestimmt, als deren Entfaltungen sie bis zu einem gewissen Grade erscheinen. Hier tritt zum ersten Male die alte klinisch-ätiologische Methode mit der neuen konstitutionellen in Wettstreit.

Sicher ist damit die ätiologische Forschungsrichtung nicht erschöpft. Es ist durchaus möglich, daß neue Krankheitsursachen uns neue Krankheiten kennen lehren werden. Unverkennbar sind aber auf dem klinisch-ätiologischen Gebiete die Ergebnisse in den letzten Jahren spärlicher geworden, was nach den überspannten und so schwer enttäuschten Hoffnungen, die viele auf *Abderhaldens* Fermentreaktion gesetzt hatten, besonders stark empfunden wird.

Die eigentlichen Sorgenkinder der klinischen Methode aber sind ihre Schöpfungen im Bereiche der Erkrankungen mit ganz oder großenteils unbekannten Ursachen: das manisch-depressive Irresein, die Dementia praecox, die Paranoia und die Epilepsie. Nach so vielen mißlungenen Versuchen hier zu sicheren Grenzen

---

[1]) *Kleist.* Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. 70. 1913.

[2]) *Medow.* Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. Archiv f. Psych. 64. 4. 1921.

zu gelangen und den zahlreichen unklaren Fällen ihre richtige Stellung zu geben, scheint es, als ob die klinische Fragestellung hier endgiltig versage und auf diesem, im wesentlichen konstitutionellen Gebiet überhaupt nicht anwendbar sei. *Hoche*[1]) sprach es zuerst aus, daß manisch-depressives Irresein und Paranoia ebenso wie Hysterie und Psychopathien lediglich verschiedene Formen der Entartung seien; unter ihnen nach ätiologisch oder sonstwie eindeutig gekennzeichneten Krankheiten zu suchen, sei die Jagd nach einem Phantom. Man solle sich begnügen, hier die Symptomenbilder festzustellen und genauer zu beschreiben.

So war die Geltung der das vergangene Zeitalter beherrschenden klinischen Methode erschüttert und der Boden für neu aufkommende Fragestellungen vorbereitet.

Die neuen Strömungen.

Diesen neuen Strömungen wende ich mich jetzt zu und glaube deren vier unterscheiden zu können: eine philosophische und eine psychologische, die neurologische und die konstitutionelle.

I. Die philosophische Strömung.

1. Allgemeines.

Unbefriedigt von dem scheinbar hoffnungslosen Zustande der klinischen Psychiatrie wenden sich nicht Wenige von diesem Felde ab, und ihnen kommt die Welle eines gewandelten Zeitgeistes entgegen. Denn in der Zeit der größten technischen Fortschritte und der tiefsten naturwissenschaftlichen Erkenntnisse, trotz Flugzeug, Luftschiff und Radio, trotz tiefer Einsichten in den Bau der Atome und in die Relativität alles Seins und Geschehens — man könnte auch vermuten, vielleicht gerade deshalb! — kehrt sich ein großer Teil der Menschheit von der Naturerkenntnis und der wissenschaftlichen Weltbetrachtung überhaupt ab. Beobachten, Zergliedern und Erklären gilt nicht mehr. Begriffe töten die lebendige Wirklichkeit. Man spricht verächtlich von Atomisierung, Mechanisierung und Materialismus. Dagegen wird einer „Lebensphilosophie" gehuldigt, die mittels intuitiver Erkenntnis die Welt als einen einheitlichen Strom schöpferischer Lebenskraft erfaßt

---

[1]) *Hoche.* Deutscher Verein f. Psychiatrie. München 1906. — *Hoche.* Die Bedeutung der Symptomenkomplexe. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 12. 5. 1912.

(*Bergson*). Das menschliche Leben ist ein Teil dieses Stromes. Die Seele des Menschen ist nicht aus einzelnen Empfindungen, Vorstellungen, Gedanken und Gefühlen zusammengesetzt wie eine vermeintlich vergangene Elementenpsychologie lehrte, sondern sie ist eine Einheit; auch alles seelische Geschehen fließt in einem lebendigen Strom dahin. In der Biologie ist ein neuer Vitalismus hochgekommen, der zielstrebige Kräfte wirken läßt (*Driesch*). Es erstarken die Religionen, indische Mystik wird bewundert, in der Selbstversenkung verspricht *Steiner* seinen Anhängern einen neuen Sinn. Spiritismus und jede Art von Aberglauben blühen. Staat und Gesellschaftsordnung werden nicht geschichtlich gewürdigt und in Anpassung an neue Verhältnisse weitergebildet, sondern die selbstherrliche revolutionäre Tat stürzt das verhaßte Gewordene um, und wird von Vielen verherrlicht. Nicht die Nachbildung der Natur ist Ziel oder Voraussetzung künstlerischer Leistungen, sondern Gefühle und freie Schöpfungen der Phantasie formen expressionistische Gestalten. Ein allgemeiner Umschwung des Zeitgeistes wie von der Renaissance zum Barock, wie von der Aufklärung und dem Klassizismus zur Romantik.

Allerdings ist das Leben nicht nur Erkenntnis. Erkenntnis und wollendes Erleben sind, wie ich überzeugt bin, gleichberechtigte, aber getrennte Weisen, in denen wir uns zur Welt verhalten können. Sie stehen zueinander wie Hören und Tasten, Farben und Düfte. In jeder dieser Verhaltungsweisen ist eine jeweils einseitige und beschränkte Anschauung der Welt möglich, deren harmonische Vereinigung denkend vorzubereiten die eigentliche Aufgabe der Philosophie wäre, und die in sich selbst zu vollziehen letzter Wunsch des zur Totalität strebenden Menschen ist.

Von einer allgemeinen Geltung dieser Einsicht scheinen wir jedoch noch weit entfernt zu sein. Denn was wir im Widerstreit und im Wechsel von Sieg und Niederlage der Weltanschauungen erleben, sind nichts als Versuche gegenseitiger Vergewaltigung, sind dogmatische Verurteilungen anderer oder sinnlose Vermengungen verschiedener Betrachtungsweisen.

Die naturwissenschaftliche oder — sagen wir allgemein — die erkenntnismäßige Weltanschauung hat die Bedürfnisse der Gefühle, die Forderungen der Sittlichkeit und die Ansprüche des Willens vernachlässigt und sich über sie hinweggesetzt mit der Versicherung, daß alles kausal und mechanisch erklärbar sei; Willensfreiheit etwa sei nur Täuschung. Das ist so, wie wenn ein Blinder

zu uns Sehenden sagen würde: ihr hört doch die Welt wie ich, also besteht sie eigentlich aus Tönen, eure Farben sind nur eine Täuschung.

Und die jetzt zur Geltung gekommene Lebensphilosophie, die intuitive Weltanschauung scheint sich nicht darüber klar zu sein, daß ihre Wurzeln nur im Willen liegen. Intuitive Wesensschau, die wie *Husserl* lehrt nicht die seelischen Inhalte, Erscheinungen und Gegenstände erfaßt, sondern nur die seelische Aktivität im Denken und Wahrnehmen zur Anschauung bringt, kann nie Erkenntnis und Wissenschaft sein.

Die Mittel der Erkenntnis sind und können nur sein: Beobachtung, Zerlegung und Zusammenfassung, Erklärung, Begriffe, Abstraktionen, Urteile — nicht aber ein intuitives Erleben.

Das Leben kann man — wie *Rickert*[1]) mit Recht sagt — nur leben. Begriffe geben nicht das ganze Leben. Je allgemeiner sie sind, desto lebensferner müssen sie sein. Aber das ist keine Tötung der lebendigen Wirklichkeit, sondern nur eine und zwar die einzige Methode, die der Erkenntnis zu Gebote steht, um in ihrer Weise mit der Welt fertig zu werden.

2. Geisteswissenschaftliche und reine Psychiatrie.

Die intuitive und dogmatische Lebensphilosophie hat sich einiger Psychiater bemächtigt, nicht zu ihrem und nicht zum Segen unserer Wissenschaft; denn diese Unglücklichen müssen zunächst durch ein Fegefeuer von Begriffsspaltereien und zerquälenden Fragen und Zweifeln hindurch. *Kronfeld*[2]) hat es uns auf 482 Seiten geschildert. Ich setze daraus zwei kleine Abschnitte hierher. Der erste handelt von den Begriffen der Psychiatrie (S. 258):

„Wir werden keine Theorie, sondern eine Theoretik der Psychiatrie zu geben haben, welche allererst den Grund der Möglichkeit sämtlicher formalen und begrifflichen Bestimmungen, sämtlicher Gesetzesbildungen sichert, diese mit den nichtgegenständlichen Kriterien des Richtigen und Falschen versieht und in ihrer gegenseitigen Ordnung abgrenzt. Wenn man den Begriff des Logischen über das formale Apriori hinaus ins Synthetische erweitern will, wenn man auch die formalen Grundlagen werttheoretischer Unterscheidungen und dynamischer Verknüpfnngen zu ihm hinzunimmt, so hat man das Recht, diese Untersuchungen immerhin als Logik der Psychiatrie zu be-

---

[1]) *Rickert.* Die Philosophie des Lebens. Tübingen 1920.

[2]) *Kronfeld.* Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Berlin 1920.

zeichnen. Dann darf man sagen: Den ersten Hauptteil der Psychiatrie hat ihre Logik zu bilden."

Der zweite Abschnitt betrifft die Fragen der Psychiatrie (S. 281):

„Unter dieser Einstellung der psychologischen Grundfrage öffnen sich neue Rätsel: Was ist das für eine Art von Erkennen der Identität und Kontinuität des Ich bei verschiedenen seelischen Zuständen? Wodurch unterscheidet sich die materiale Gegebenheit des eigenen Ich von den materialen Gegebenheiten fremder Iche? Wie weiß ich um den Ichcharakter fremder Iche? Wie weiß ich überhaupt um die Zusammengehörigkeit des jetzigen seelischen Soseins mit irgendwelchen jetzt erinnerten früheren Zuständen von Anderssein, die mir als in mir gegeben unmittelbar bewußt sind? Mit welchem Recht wende ich eine ähnliche Identifizierung zeitlich verschiedener Geschehnisse als in einer Persönlichkeit ablaufend auf andere Leiber an, in denen ich seelisches Geschehen voraussetze? Was sind das für Methoden, vermittels deren ich das seelische Geschehen in fremden Ichen begreife? Mit welchen Erkenntnismitteln kann ich den psychologischen Widersinn, welcher in den Begriffen fremd und ich liegt, bei meiner seelischen Erkenntnis anderer Persönlichkeiten überwinden? Wie ist es möglich, das Individuelle in seinem Einzelsinn zum Gegenstand allgemeiner und notwendig geltender Erkenntnis zu machen? Wie sind allgemeine Gesetze vom Individuellen möglich? Was bedeutet unter allen diesen Bedenken überhaupt noch der Begriff des seelischen Gegebenseins?"

Nachdem dieses Hinundherwenden der Dinge noch zweimal so lang weitergegangen ist, sagt *Kronfeld* selbst: „die Häufung dieser Fragen hat etwas Erschreckendes".

Besinnung auf die Methoden, Begriffe und Fragestellungen einer Wissenschaft ist gewiß zuzeiten notwendig, dies aber ist — besonders an dem Ergebnis gemessen — eine Vergeudung von Scharfsinn. Und was ist das Ergebnis? Die Psychiatrie sei überhaupt streng genommen keine naturkundliche und ärztliche Wissenschaft, und gehöre mindestens ebensosehr zu den Geisteswissenschaften. Die Anwendung der Krankheitsbegriffe auf seelische Erscheinungen sei eine „ungeheure Metapher", eine Metapher, deren sich die Psychiatrie vor 100 Jahren noch bewußt war, während wir es leider verlernt hätten, uns etwas Besonderes dabei zu denken. Nur das Gehirn, der körperliche Unterbau des Seelischen, könne erkranken, Seele, Geist, Gemüt dagegen nicht. So auch

K. Schneider[1]). Die Seele werde nur durch Beschädigung ihrer körperlichen Werkzeuge an ihren Äußerungen behindert, wie es noch heute eine verbreitete theologische Auffassung ist. Indessen zwingt die Wirklichkeit zu gewissen Kompromissen, die alsbald in Widersprüche und in die verzwicktesten Probleme führen. So bestreitet uns *K. Schneider* das Recht, von Geisteskrankheit, Gemütskrankheit zu reden, aber von krankhaften Symptomen dürfe man sprechen. Wann aber? Bei denjenigen Psychosen, die durch krankhafte Gehirnstörungen bedingt sind. Die funktionellen Psychosen und Psychopathien, die — angeblich! — keine krankhaften Gehirngrundlagen besitzen, sind auch nichts Krankhaftes, sondern nur Abweichungen vom Durchschnitt. Sie und nur sie sind die Gegenstände der „reinen" Psychiatrie. *Schneider* bemerkt wohl, daß diese Scheidungen nichts Endgiltiges und Grundsätzliches sind, und daß sich das Gebiet der „reinen Psychiatrie" durch den Nachweis von Hirnveränderungen immer mehr verkleinern wird. Inzwischen ist dies sogar in bezug auf die Psychopathen schon geschehen; man denke an die „psychopathischen" Charakterveränderungen bei Enzephalitis. Die reine Psychiatrie sieht, kaum begründet, ihrer Auflösung entgegen. Irgendein Ausweg muß also gefunden werden. Da winkt das rettende Ufer der „symptomatischen Psychiatrie", die alle aus der reinen Psychiatrie verbannten Psychosen wieder aufnimmt — ein von der Wirklichkeit erzwungenes, in sich unlogisches Kompromiß. Damit ist diese Begriffsklauberei aber noch nicht zu Ende. Denn auch in der „symptomatischen Psychiatrie" hat der Psychiater nur die psychischen Störungen zu erforschen, nicht aber die zugrunde liegenden Gehirnprozesse, welche der Neurologie gehören. Und es folgt der Satz: „die Paralyse ist eine Gehirnkrankheit, also trotz psychiatrischer Betrachtungsmöglichkeit Gegenstand der Neurologie." Haben wir nicht in der Geschichte der Psychiatrie so etwas schon einmal gehört? Ja, vor und noch bei *Griesinger* war die Paralyse eine „Komplikation des Irreseins". *Kronfeld* würde uns nur theoretisch um 100 Jahre zurückbringen, *Schneider* aber macht allen Ernstes den Vorschlag, die „psychiatrischen und Nervenkliniken" schleunigst aufzulösen und die Psychiatrie aus ihrer „neurologischen Knechtschaft" zu befreien.

---

[1]) *K. Schneider.* Reine Psychiatrie, symptomatische Psychiatrie und Neurologie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 49. 1919. — *Derselbe.* Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Monatsschr. f. Psych. 49. 1921.

Ein anderer Anhänger dieser Lehren, *Hildebrandt*[1]), leitet die Befähigung eines Psychiaters zur gerichtlichen Begutachtung weniger aus der fachwissenschaftlichen Sachkenntnis, als aus der philosophischen Urteilskraft des Psychiaters her, womit er ungefähr dem alten *Kant* recht gibt, der ja die Begutachtung Geisteskranker überhaupt den Philosophen übertragen wollte. Sowohl *Schneider* wie *Hildebrandt* können sich übrigens auf ähnliche, wenn auch vorsichtiger geformte Äußerungen von *Jaspers* berufen.

All das ist nur die Folge jener dogmatischen Grundanschauung einer intuitiven Philosophie, nach der die Seele in Wirklichkeit ein einheitlicher Strom lebendigen Geschehens sei, von besonderer mit anderen Erscheinungen ganz unvergleichbarer Wesenheit. Auf diese Seele ist allerdings kein naturwissenschaftlicher und biologischer, also auch nicht der Begriff Krankheit anwendbar.

3. Das psychophysische Problem.

Es ist selbstverständlich, daß die dogmatische Überzeugung von der nur intuitiv erschaubaren eigentlichen Seele auch zu einem starren Dualismus zwischen Leib und Seele führt, und daß die Frage nach den Beziehungen von Gehirn und Seele für sie grundsätzlich unlösbar ist.

Schon daß überhaupt das psychophysische Problem sich in der neueren psychiatrischen Literatur so oft Behandlung erzwingt, ist eine Folge jener anspruchsvollen Auffassung des Psychischen.

K. Schneider stößt „stündlich" auf das psychophysische Problem; es stehe in Wahrheit in der Mitte der Psychiatrie. So geht es auch *Kronfeld*: plötzlich steht „als Riegel das psychophysische Problem da". Wenn man diese Frage von vornherein als unlösbar ansieht, dann kann ihre Erörterung im Zusammenhang mit psychiatrischen Fragen diese allerdings nicht fördern, sondern nur hemmen und verwirren. Man muß sich nur wundern, daß nie der Gedanke auftaucht, ob dies so störende Problem vielleicht nur deshalb unlösbar sei, weil eine falsche Fragestellung vorliege — wie es bei unlösbaren Problemen so oft der Fall ist. Wer im Sinne von *E. Mach* überzeugt ist, daß seelische und körperliche Erscheinungen aus denselben Grundbestandteilen bestehen, für den gibt es kein grundsätzlich unlösbares psycho-

---

[1]) *Hildebrandt*. Psychiatrie und Philosophie. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 53.

physisches Problem. Doch ist diese, noch nicht allgemein durchgedrungene Überzeugung durchaus nicht die Voraussetzung zu gedeihlicher psychiatrischer Arbeit; denn die eigentlichen psychiatrischen Fragen berühren das Leib-Seeleproblem überhaupt nicht und sind — wie schon oft ausgesprochen wurde — mit jeder Auffassung desselben vereinbar.

4. Materielle Grundlagen der seelischen Erscheinungen.

Schon für die nächstliegende Frage nach den besonderen Einrichtungen und Eigenschaften des Nervensystems, die den seelischen Erscheinungen zugeordnet sind, gilt das; denn keine Theorie über die allgemeinen Beziehungen zwischen Seele und Gehirn kommt um die Tatsache herum, daß solche Zuordnungen durchgängig bestehen. Aber der Einfluß der intuitiven oder sonstwie dualistischen Auffassung von der Seele wirkt auch hier einer unbefangenen Klärung der Dinge entgegen.

Jaspers, *Schneider*, auch *Bumke* [1]) u. A. versichern immer wieder, daß alle Fortschritte der Herdpathologie des Gehirns uns der Seele nicht näher brächten. Mit aphasischen, apraktischen, agnostischen Störungen befänden wir uns immer nur im „Vorhof“ der Seele. Da aber die Zahl solcher genau erforschter Funktionen von Jahr zu Jahr wächst, so wird der Vorhof der Seele immer größer und ihr Allerheiligstes wird sich eines Tages ebenso in Nichts aufgelöst haben, wie *Schneiders* reine Psychiatrie.

Oder soll es zwei Seelenhälften geben, eine niedere, die erkennbare Gehirnbeziehungen hat (Sinnesswahrnehmungen, Sprache, Handeln) und eine höhere eigentliche Seele, das Ich, der Charakter, deren materielle Grundlagen immer dunkel bleiben sollen oder die gewissermaßen frei flottiert? Allerdings bleibt beim Apraktiker der Charakter unberührt. Wenn aber die krankhaften Veränderungen nicht die Rinde, sondern den Hirnstamm betreffen, dann kann auch die höhere Seele, das Ich, Schaden leiden. Wie dies von einem auch hirnpathologisch erfahrenen Manne wie *Schilder* [2]) bestritten werden kann, ist mir rätselhaft.

---

[1]) *Bumke.* Neuere Methoden in der Psychiatrie. Aus „Vorträge über Psychologie“, herausg. von *C. Adam.* — *Ders.* Psychologie und Psychiatrie. Klinische Wochenschrift Bd. I. Nr. 5. 1922. — *Ders.* Psychologische Vorlesungen. Wiesbaden. 1919.

[2]) *Schilder.* Die neue Richtung in der Psychopathologie. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 50. H. 3. 1921.

Besonders wird auch bemängelt, daß unsere Vorstellungen von den Gehirngrundlagen seelischer Vorgänge viel zu primitiv seien und der Eigenart der seelischen Vorgänge nicht entsprächen. Daß Vergleiche mit einer Flüssigkeitsbewegung in einem Röhrensystem oder mit einem elektrischen Stromnetz nur sehr rohe Bilder sind, bezweifelt indessen niemand. Das gilt auch für den Vergleich der Gedächtnisverknüpfung mit einer ausgeschliffenen Bahn. *Bumke*[1]) hat diese und andere Einwendungen, die *v. Kries*[2]) schon vor mehr als 20 Jahren gemacht hat, kürzlich wieder in Erinnerung gebracht. Wahrscheinlich war es verfehlt zu glauben, daß wir schon bald die physikalischen und chemischen Grundlagen der seelischen Vorgänge finden würden. Man wird zunächst nach biologischen und neurophysiologischen Analogien suchen müssen. *Sherringtons* Begriffe der Intregation der Erregungen und der „letzten gemeinsamen Strecke", *Pawlows* bedingte Reflexe eröffnen schon deutlichere Einblicke in die Übereinstimmungen zwischen nervösen und seelischen Erregungen als die früheren Vorstellungen über Erregungsleitung, Hemmung und Bahnung. Auf die Bedeutung des *Kapperssch*en Gesetzes von der Neurobiotaxis habe ich[3]) wiederholt hingewiesen. Hier liegen wohl mehr als bloße Analogien für Gedächtnis und Aufmerksamkeit. *Köhlers* Buch über die „Physischen Gestalten" enthüllt zahlreiche und bis ins einzelne gehende Ähnlichkeiten zwischen psychischen und physikalisch-chemischen Vorgängen.

Was den Bau der Gehirnrinde im Lichte der psychischen Funktionen anbelangt, so ist man heute auch schon etwas weiter als vor 20 Jahren. Die Zuordnung seelischer Leistungen zu den cyto- und myeloarchitektonischen Rindenfeldern von *Brodmann* und *Vogt* konnte bei den Einzelstörungen der Motilität, der Sensibilität, der Optik, der Praxie und der Sprache recht weit geführt werden. Zuletzt haben uns die Kriegserfahrungen darin erheblich gefördert.

Außerdem ist die Hirnrinde, wie wir besonders aus *Nißls* letzten Forschungen wissen, nicht nur kartographisch, sondern auch der Höhe nach funktionell gegliedert. Wir können ein unteres

---

[1]) *Bumke.* Über die materiellen Grundlagen der Bewußtseinserscheinungen. Psycholog. Forschung. Bd. 3. H. 3. 1923.

[2]) *v. Kries.* Dasselbe. Tübingen u. Leipzig. 1901.

[3]) *Kleist.* Über das Gedächtnis. Vortragsbericht. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. VII. S. 174.

Stockwerk, das den projektiven Leistungen dient, und ein oberes nichtprojektives Stockwerk unterscheiden, das vermutlich die zusammenfassenden Leistungen bzw. die Ganzheitsfunktionen (*Goldstein*) trägt. Auch *Bumke* selbst bewegt sich ja in verwandten Gedanken, wenn er außer den abgegrenzten Fasersystemen diffuse, über den ganzen Hirnmantel verbreitete Fibrillennetze annimmt, in denen sich die Erregungsvorgänge nach ganz anderen Gesetzen abspielen könnten, als es der Lehre der Assoziationspsychologie und den Grundsätzen der Faserleitung entsprechen würde. — Haben wir dann noch Anlaß, den Schluß zu ziehen, „daß der menschliche Geist wohl für immer darauf verzichten müsse, sich von den physiologischen Korrelaten seines Seins klare und plastische Vorstellungen zu machen?"

5. Philosophische Forschungsrichtung und Behandlung.

War bis dahin die philosophische Strömung für die Psychiatrie unfruchtbar und hemmend, so muß ihr doch ein Vorzug gutgeschrieben werden. Es ist kein Zufall, daß in unserer Zeit die Behandlung der seelisch Abnormen einen neuen Aufschwung nimmt. Ein Hauptvertreter der philosophischen Richtung, *Kronfeld*, schreibt ein treffliches Buch über Psychotherapie, und in dem vornehmlich auf psychologischer Grundlage ruhenden neuen Lehrbuch *Bumkes* spielt die Behandlung und besonders die seelische Behandlung eine Rolle wie nie zuvor in einem psychiatrischen Lehrwerk. Man hält es der Mühe wert, verschrobene Katatoniker seelisch zu behandeln, und man hat — wenn man ein *Kläsi*[1]) ist — Erfolge. Dazu die Entwicklung der psychiatrischen Polikliniken, der sozialen Psychiatrie, die Psychopathenfürsorge, die neu entwickelte Familienpflege, Bestrebungen, in denen sich hauptsächlich *Kolb* und *Raecke* verdient gemacht haben. Der Zwang, Kriegshysteriker zu behandeln, wurde zum Segen nicht nur für den Kranken, sondern auch für den Arzt. Die Heilbarkeit der Paralyse steht dank der Malaria- und Rekurrensbehandlung in Aussicht. Neue Wege der Arzneibehandlung akuter Psychosen weisen *Weichbrodts*[2]) Versuche mit Salizylpräparaten. So wirken in der Neubelebung der Behandlung zwar manche Antriebe zusammen, aber vernehmlich spricht aus ihr auch die veränderte Stimme des Zeit-

[1]) *Kläsi.* Vorträge Südwestdeutsche Psychiaterversammlung, Heidelberg 1921, Frankfurt 1924 und Neurologisch-Psychiatrische Vereinigung Frankfurt Juli 1924.

[2]) *Weichbrodt.* Therapeutische Versuche bei endogenen Psychosen. Baden-Baden 1924. Archiv f. Psych. 71. 2. 1924 und Deutsche Med. Wochenschr. 1925, Nr. 5.

geistes. Wir sind nicht nur zum Erkennen da, sondern auch zum Handeln, und da wir Ärzte sind zum Helfen.

II. Die psychologische Strömung.

1. Die Wandlungen der Psychologie.

Die psychologische Strömung ist oft schwer von der philosophischen abzugrenzen; denn auch in ihr wirken sich philosophische Anstöße aus. Die Ursachen des Anstiegs einer psychologischen Welle in unserer Wissenschaft sind zum großen Teil die gleichen wie die der Zuwendung zur Philosophie. Die Ernüchterung durch eine steril gewordene klinische Fragestellung drängte dazu, unabhängig von der jeweils vorliegenden Krankheitsart einmal die Symptome, die Zustandsbilder, das Erleben des Kranken genauer psychologisch zu studieren.

Diese Strömung ist jedenfalls bedeutend fruchtbarer als die rein philosophische, besonders dadurch, daß sie die neuen Errungenschaften der Psychologie in die Psychiatrie hineingetragen hat.

Denn die Psychologie selbst hat sich erheblich gewandelt. Die Psychologie vor dieser Wandlung war eine Psychologie der Empfindungen und Vorstellungen, d. h. die Psychologie der abgegrenzten und isolierbaren seelischen Elemente. Sie wurden beobachtet, beschrieben, und die einfachsten Gesetze ihrer Zusammenhänge und ihres Auftretens — Assoziation und Reproduktion — wurden festgestellt. Das ist der eigentliche Inhalt und bleibende Kern der Assoziations- oder Elementenpsychologie. Ihr Fehler war es, daß sie glaubte, mit den Empfindungselementen und den Assoziationsgesetzen alles seelische Leben meistern zu können.

Es kam dann die Denkpsychologie, zu der schon *Ebbinghaus* den Grund gelegt hatte. *Külpe*, *Ach*, *Bühler*, *Schultze* studierten die unanschaulichen Erlebnisse, die Bewußtheiten der Ähnlichkeit, Verschiedenheit, der Ganzheit, Einheit usw. in experimenteller Selbstbeobachtung.

Den Schlußstein in der Entwicklung der neueren Psychologie bildet die Psychologie der Intentionen oder Akte, die sogenannte Phänomenologie (*Stumpf*, *Husserl*). Sie behauptet, daß nicht nur das Wollen ein tätiges Erleben sei, sondern daß in allem Seelischen etwas Tätiges, Akte, Intentionen enthalten seien. Wenn dies auch für die seelischen Stellungnahmen der Aufmerksamkeit, des

Urteils, der Überlegung einleuchtet, so müßte es für Wahrnehmungen, Vorstellungen, Abstraktionen noch bewiesen werden. Das ist bisher, soweit ich sehe, nicht geschehen und kann weder durch Berufung auf ein intuitives Erleben noch durch fragwürdige Ableitung aus dem Vorhandensein eines ursprünglichen Ich ersetzt werden.

Der Intentionspsychologe sieht die Seele von der Seite einer seelischen Aktivität her. Daher erscheint ihm die Seele selbst als etwas in der Zeit sich Bewegendes, Fließendes, Tätiges und — wohl weil die einzelnen Wollungen und Intentionen sich in ihrer Wesenheit nicht oder nur undeutlich voneinander unterscheiden — als etwas Einheitliches. Das sind — wie ich glaube — die eigentlichen psychologischen Wurzeln der Annahmen eines unteilbaren Ich, eines einheitlichen Bewußtseins, der Lehre vom Lebensstrom, von der schöpferischen Lebenskraft, die uns in der neueren Psychologie und Philosophie bei *Bergson*, *Husserl*, *Jaspers*, *Kronfeld*, *Schilder*, *J. Levi*, z. T. auch bei *Bumke* begegnen.

Aber selbst wenn wirklich allen seelischen Inhalten Intentionen zugeordnet wären, so wäre diese Auffassung des Seelischen doch immer nur eine und nicht die einzige. Es ist eine Vergewaltigung eines anderen Standpunktes, wenn deshalb die Zerlegbarkeit der seelischen Erscheinungen in Elemente geleugnet oder dieses Verfahren als minderwertig und künstlich hingestellt wird.

2. Die Auswirkung der neuen psychologischen Lehren in der allgemeinen Psychopathologie.

Hier muß vor allem des jüngst verstorbenen *Arnold Pick*[1]) gedacht werden, der obwohl er Hirnpathologe war, keine einzige Neuerung auf psychologischem Gebiet übersehen und alles irgend für die Psychopathologie und Hirnpathologie Verwertbare diesen dienstbar gemacht hat. Übrigens der beste Beweis, daß Psychologie und Hirnpathologie keine Gegensätze zu sein brauchen.

Denkpsychologische Ergebnisse — die Bewußtheiten — habe ich schon 1909 in der Analyse von Denk- und Bewegungsstörungen verwertet. *Bumke* hat auf die Bedeutung des unanschaulichen Denkens in den letzten Jahren mehrfach hingewiesen. Die Gestaltspsychologie ist von *Goldstein*[2]) in die Psychopathologie der Herderkrankungen

---

[1]) *Pick*. Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Berlin 1921.

[2]) *Goldstein*. Die Topik der Großhirnrinde in ihrer klinischen Bedeutung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 77. 1923.

eingeführt worden. In der Erklärung der Formblindheit, den Störungen des Bewegungssehens, den Rechenstörungen und gewissen von der weiteren Sehsphäre ausgehenden Intelligenzstörungen (*Benary*) ist sie von Bedeutung. Zuletzt hat *Schulte*[1]) versucht, mit gestaltpsychologischen Begriffen die Wahnerlebnisse, das Bewußtsein der veränderten Beziehungen von Mensch zu Mitmenschen zu erklären.

Die stärksten psychologischen Antriebe haben in neuerer Zeit aber fraglos *Jaspers* und seine Nachfolger der Psychiatrie gegeben. *Jaspers* führt die in der Denkpsychologie wieder zu Ehren gekommene systematische Selbstbeobachtung in die Psychiatrie ein, indem er die individuellen Erlebnisse des Kranken mit einer bis dahin unerhörten Fülle, Vielseitigkeit und Eindringlichkeit reden läßt. Aussprache, schriftlicher Bericht, Briefe, literarische Dokumente, die von Kranken verfaßt sind oder über Kranke handeln, bilden *Jaspers* Quellen. Die Schilderung normaler seelischer Konflikte in der Dichtung wird herangezogen. *Bumke*, — der hier auf gleichen Wegen mit *Jaspers* wandelt — ruft aus, „kein Zweifel, daß jeder wahre Dichter die Psychologie mehr fördert als 1000 Laboratorien". Aber die Dichter mit dem genialen Blick für das seelische Antlitz des Menschen — ein *Shakespeare*, ein *Gottfried Keller* — sind leider auch selten. Viele Romane und Schauspiele würden nicht so geschrieben worden sein, wenn ihre Verfasser eine Zeitlang seelisch Abnorme studiert und mit ihnen gelebt hätten wie wir Ärzte. Und die Mehrzahl der Schriftsteller und Dichter bildet ihre psychologischen Anschauungen nach den Lehrmeinungen der zeitgenössischen Wissenschaft, weniger nach eigener intuitiver Einsicht. Auf der Höhe des naturwissenschaftlichen Zeitalters wurden auch die Dichter zu Mechanisten und erstatteten von der Bühne herab Sachverständigengutachten über Aufhebung der freien Willensbestimmung bei ihren Helden. Opferbereitschaft wird zur sexuellen Hörigkeit einer Hysterischen — so *Gerhart Hauptmann* in der Ottogebe seines Armen Heinrich. Der ganze Naturalismus wandelt auf dieser Bahn. *Thomas Mann* kleidet *Morels* fortschreitende Entartungslehre in die Gewänder der Buddenbrooks.

Auch die Psychologie des täglichen Lebens wird hochgewertet (*Bumke*[2]). Aber wer, der einmal psychiatrische Anamnesen aufgenommen hat, kennt nicht ihre krausen und lächerlichen Irrtümer?

---

[1]) *Schulte*. Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. Psychologische Forschung 5, 1924.

[2]) *Bumke*. Neuere Methoden in der Psychologie, S. 126.

Noch schlimmer steht es mit den Aussagen der Kranken selbst, gegen deren kritiklose Verwertung schon *Stransky*[1]) treffende Einwände erhoben hat. Ihre sprachliche und begriffliche Formung ist oft nur ein plumpes und täuschendes Gewand; wird es aber mit der Bildung der Kranken schmiegsamer, dann droht sofort die Gefahr einer Verfälschung des wirklich Erlebten durch vorgefaßte Meinungen und eigene Begründungen. Auch sind begriffliche Klarheit, Aufmerksamkeit und Denkfähigkeit selbst oft gestört, denn es sind ja geistig Abnorme, die uns Auskunft geben.

Endlich ist die Beschreibung und Deutung, die mir ein Kranker von seinem Erlebnis — sagen wir von einer Engelvision — gibt, immer nur für den Einzelfall giltig, wir streben aber nach allgemeiner Gesetzmäßigkeit der Erscheinungen. Da liegen die eigentlichen Grenzen dieser Selbstbeobachtungspsychologie. Wir können wohl „verstehen", warum der Kranke gerade einen Engel sah — wenn er in Angst war und nach Trost verlangte — aber wir können nie „verstehen", sondern nur „erklären", warum er überhaupt Visionen hatte. *Jaspers* hat diese Grenze oft nicht bemerkt. Bei den motorischen Erscheinungen der Geisteskranken nimmt er das, was der Kranke sagt, als bare Münze und fragt garnicht, ob die Beschreibungen und Erklärungen der Kranken nicht etwa nachträgliche Zutaten und Deutungen sind — was man so oft nachweisen kann. Und selbst wenn ein Kranker wirklich sein „Zehengehen" [2]) als eine Ergötzung für ihn auffaßte, so war das nur eine für den Kranken selbst verständliche Motivierung, aber keine Erklärung für den Beobachter, der solche Iterativbewegungen auch mit ganz anderen psychologisch verständlichen Motivierungen, zuweilen aber auch ohne jede vom Kranken angegebene Begründung auftreten sieht.

Gemäß seiner intentionspsychologischen Einstellung unterscheidet *Jaspers* scharf die „verständlichen" Zusammenhänge der seelischen Erscheinungen — etwa bei einem Paranoiker — von den nur kausal erklärbaren Symptomverknüpfungen z. B. bei einem Delir. Indessen schließt sich beides — entgegen *Jaspers*' Lehre — nicht aus, denn auch die verständlichen Zusammenhänge müssen kausal verkettet sein.

---

[1]) *Stransky*. Die neue Richtung in der Psychopathologie. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 50, 3, 1921. — *Derselbe*. Grenzen der phänomenologischen Erkenntnis in der Psychopathologie. Ebenda 52, 1922.

[2]) *Jaspers*. Allgemeine Psychopathologie. 2. Aufl. S. 137.

Je nach Verständlichkeit oder Unverständlichkeit unterscheidet *Jaspers* „Entwicklungen einer Persönlichkeit" und „Prozesse", gibt aber selbst zu, daß die Unterschiede nicht durchgreifend sind. Noch mehr gilt das für die Unterscheidung „organischer" und „psychischer Prozesse", die sich von den ersteren durch zahlreiche in ihnen enthaltene verständliche Zusammenhänge unterscheiden sollen. M. E. werden die „psychischen Prozesse" ganz in den organischen aufgehen, wenn man erst allgemein mehr Blick dafür bekommen haben wird, daß die von *Jaspers* so hoch gewerteten verständlichen Zusammenhänge der psychischen Prozesse durchweg von hirnpathologisch erklärbaren Symptomen begleitet sind.

Für einen Gewinn halte ich dagegen *Jaspers* Begriff der Erlebnisformen der Psychosen. Dieser Begriff wurde bisher von dem des Zustandsbildes nicht genügend unterschieden. Man fragte früher nur: Wie beurteilt der Kranke seine Krankheit? Hat er Krankheitseinsicht, Krankheitsbewußtsein? *Jaspers* fragt außerdem: Wie erlebt der Kranke seine Psychose? Ist sie ein den Menschen ganz an sich reißendes Erlebnis, vor dem alles Gesunde und Wirkliche versinkt, eine gänzliche Entrückung mit leuchtender Klarheit der pathologischen Erlebnisse neben Bewußtseinstrübung für das noch Gesunde in ihm? Der Kranke kann seine Psychose rauschartig-ergriffen oder traumartig-zuschauend erleben, einheitlich oder in Teilen zerrissen, banal oder kosmisch.

Mayer-Groß [1]) hat diese Gedanken weitergeführt, er schildert uns als die „typischen Verläufe", in denen sich das Erlebnis der Krankwerdung des Schizophrenen vollzieht: die schleichende Überwältigung, den kritischen Kämpfer, die enthusiastische Umstellung, die passive Preisgabe an das Schicksal. Man sucht auch im zerfallenen Schizophrenen Erlebniszusammenhänge. Manchmal faßt der „große Humor" das völlig verrückte Weltbild eines Endzustandes noch zu einer Einheit zusammen. Andere erleben ihre Krankheit als Komiker mit Ironie oder als ein Spiel mit den pathologischen Erlebnissen, wobei wir auch „das beruhigte ausgeglichene Spiel des erfahrungsgereiften Endzustandes" kennenlernen[2]).

Die geschichtliche Gerechtigkeit erfordert übrigens, daran zu erinnern, daß *Jaspers* und sein Nachfolger vielfach in den Fußtapfen

---

[1]) *W. Mayer-Groß.* Über das Problem der typischen Verläufe. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 78. H. 4/5. 1922.

[2]) *W. Mayer-Groß.* Beiträge zur Psychopathologie schizophrener Endzustände. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 69. 1921.

des großen „Hirnmythologen" *Wernicke* wandeln, der die Fragen der Verständlichkeit und der Erlebnisformen in seiner Lehre von der Ratlosigkeit, den sekundären Symptomen, dem Erklärungswahn und der überwertigen Idee zuerst behandelt hat.

Ich habe bei *Jaspers* und bei seinen Geistesverwandten immer den Eindruck, als ob sie die Geisteskrankheiten als eine Art Schauspiel betrachten, dem sie mit Staunen und Ergriffenheit, Mitleid und Bewunderung folgen. Sie werden selbst hingerissen und reden in klingenden Worten vom festlichen Zug der Visionen und sind glücklich, wenn sie dem diese rätselhaften Welten durchschreitenden Kranken eine Strecke weit nachfühlend folgen können. Es ist das eine intuitive künstlerische Haltung, die am deutlichsten aus *Prinzhorns* bewundernder Darstellung der Bildnereien der Geisteskranken spricht. Wissenschaft ist aber doch etwas wesentlich anderes, ist klare, kalte Unberührtheit, die in der Fülle der bunten und erregenden Einzelheiten die einfachen Linien des Allgemeinen und den sicheren Schritt der Gesetzlichkeit sucht. Dies schließt Teilnahme von Mensch zu Mensch nicht aus. Es ist nur ein anderer Standpunkt, den ich zeitweilig einnehme. Aber hier liegen unzweifelhaft tiefe Unterschiede in den Persönlichkeiten, die den Einen mehr zum miterleben und verstehen, den Anderen mehr zum beobachten und erklären bestimmen.

3. Psychoanalyse.

Engste Beziehungen mußten sich zwischen Phänomenologie und Psychoanalyse entwickeln. Denn die *Freudschen* Mechanismen sind nur ein Sonderfall verständlicher und intuitiv erfaßter Zusammenhänge. Stärker noch als es früher durch *Bleulers* Schizophrenielehre geschah, ist jetzt die psychoanalytische Bewegung auf dem Umwege über die phänomenologische Richtung in die Psychiatrie hineingeleitet worden. Es wird darauf ankommen, den richtigen Kern der *Freudschen* Lehre — die Mechanismen unabhängig von ihren keineswegs immer sexuellen Inhalten — für die Psychopathologie fruchtbar zu machen.

Der psychoanalytischen Bewegung verdankt die Psychopathologie auch ihre Berührung mit den Denkweisen der primitiven Völker. *Storch*[1]) hat Übereinstimmungen zwischen den schizo-

---

[1]) *Storch.* Über das archaische Denken in der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 78. H. 4/5. 1922.

phrenen Begriffsvertauschungen und Vermengungen mit prälogischen Denkweisen aufgezeigt, in denen die Gegenstände und ihre Zusammenhänge nicht objektiv erkannt, sondern als ein einheitlicher Komplex von Kollektivvorstellungen erfaßt, als ein unbestimmtes Ganzes von magischen Beziehungen angesehen werden. Die Grenze dieser Auffassung liegt aber wieder darin, daß sie nicht sagt, warum gerade dieser primitive, mehr emotional gerichtete Denkmechanismus beim Kranken wieder auflebt. Dies setzt doch eine besondere Denk- und Hirnstörung voraus.

4. Klinische Ergebnisse der psychologischen Strömung.

Gewiß verdanken wir *Jaspers* und der Phänomenologie eine vertiefte Kenntnis von Art, Inhalt, Dynamik und Verständlichkeit der Symptome des individuellen Krankheitsfalles. Die Unterscheidung von Zustandsbild und Erlebnisform ist ebenfalls ein wesentlicher Gewinn. Dennoch ist der Wert der psychologischen Strömung für die ins Stocken geratene klinische Forschung gering. Denn weder die Erlebnisform noch die Verständlichkeit oder Unverständlichkeit vermag unsere Diagnose gerade bei den Fällen zu sichern, wo es am meisten darauf ankäme. Klinisch so verschiedene Dinge wie manche psychogene Zustände — emotive Reaktionen, Wunschdelirien — und manisch-depressive Krankheitsbilder sind verständlich im inneren Zusammenhang ihrer Symptome. Andererseits sind nicht alle psychogenen Erkrankungen verständlich, z. B. die schweren Schreckdämmerzustände des Krieges. Es zeigt sich ganz unzweideutig, daß eine klinische Forschung allein mit psychopathologischen Gesichtspunkten nicht weiterkommt. *Jaspers*' klinischer Standpunkt ist denn auch folgerichtig der eines vollkommenen diagnostischen Nihilismus (S. 331). Reale Krankheitseinheiten gebe es tatsächlich für die psychiatrische Wissenschaft nicht. Den alten Vertretern der Einheitspsychose wird bis zu einem gewissen Grade recht gegeben. Sein einziger Rat lautet: In Anlehnung an einzelne besonders gut beobachtete und in ihrem ganzen Lebenslauf verfolgte Fälle Typen möglichst übereinstimmender Krankheitsfälle herauszuarbeiten, unter denen es allerdings doch keine scharfen Grenzen gebe. Die Psychiatrie wird sich mit dieser „konstruktiven Typologie" in eine Psychiatrie der einzelnen Fälle auflösen.

Und warum diese schlecht verhüllte Hoffnungslosigkeit? Weil die Psychologie allein, losgelöst von allem Biologischen, den Gesichtspunkt der Krankheit und der Verschiedenheit von Krank-

heiten nicht kennt. So gleicht der klinische Forscher, der sich ihr allein anvertraut, einem Schiffer, der ohne Kompaß, Karten und Signale unter einem sternenlosen Himmel sein Schiff zu steuern sucht. Der Kliniker muß — wie *Kahlbaum* in immer giltigen Worten gesagt hat — seine Richtpunkte überall aus dem Bereich des gesunden und kranken Lebens nehmen, gleichgiltig, wo er sie findet. Mit bewußter Einseitigkeit und hochmütiger Verachtung anderer Hilfsmittel — worin auch *Jaspers* das Seine leistet — ich erinnere nur an seine ständige Rede von der „Hirnmythologie" und von dem „Seitenblick auf das Gehirn" — wird er allerdings nie ein Ziel erreichen. Noch weniger *Kronfeld*, der als Grundsatz und Programm seiner autologischen Psychiatrie verkündet (S. 417): „In einer exakten autologischen Psychiatrie wird die exakte psychologische Symptomenanalyse allein imstande sein, zum Kriterium des jeweiligen Krankheitstypus hinzuführen". Ach, *Kronfeld* weiß nicht, daß ein Größerer als er auf diesem Wege gescheitert ist. *Kräpelin* hat es selbst eingestanden, daß er bei psychologischer Diagnose der Paralyse 30% Paralytiker in seiner Klinik hatte, von denen ihm später die Serologie nur 8—9% übrig ließ. *Kronfeld* kennt aber noch nicht einmal die Symptome, auf die es bei der autologischen Diagnose ankommt, sondern er hat erst in abstrakten Deduktionen die allgemeinen Kriterien dieser Symptome gefunden: „Ichfremdheit für das Erleben ist das phänomenologische Kennzeichen von Symptomen des Prozesses. Ichfremdheit nicht für den verstehenden Beobachter, sondern für das erlebende Subjekt selber" (S. 412). Wir begrüßen erstaunt diesen alten Bekannten im neuen Gewande und sind um eine Hoffnung ärmer.

III. Die neurologische Strömung.

1. Allgemeine Grundsätze der neurologischen Methode.

Das Wiedererstarken der neurologischen Forschungsrichtung in der Psychiatrie hat ganz andere Gründe, als das Aufkommen der philosophischen und psychologischen Strömung. Hier ist kein Einfluß des gewandelten Zeitgeistes zu bemerken, hier sind es nicht äußere Zuflüsse, aus denen der Bewegung ihre Kraft erwüchse, sondern wir sehen eine stetige Entwicklung, die unter dem Massenzustrom hirnpathologischer Kriegserfahrungen und befruchtet durch die zahlreichen Beobachtungen der Enzephalitisepidemien, unterstützt auch durch die zu gleicher Zeit reifende Einsicht in die Funktionen der Stammganglien und des vegetativen Nervensystems sich rasch und kräftig entfaltet.

Die frühere neurologische Richtung eines *Griesinger*, *Meynert* und *Wernicke* hatte versucht, auf den noch sehr unvollkommenen Kenntnissen von den nervösen Erregungsvorgängen und der Hirnlokalisation eine Theorie der psychopathologischen Störungen aufzustellen, die nur sehr allgemein ausfallen konnte. *Wernickes* drei Bewußtseinsgebiete und sein psychischer Reflexbogen hatten nur an den Ein- und Austrittspforten des letzteren eine unmittelbare Beziehung zum Gehirn.

Die heutige neurologische Bewegung wird durch die Fortschritte der Hirnpathologie an vielen Stellen in den Stand gesetzt, die älteren allgemeineren Anschauungen durch ganz bestimmte Verknüpfungen einzelner psychopathologischer Störungen mit einzelnen Hirnstörungen von besonderer Art und Örtlichkeit zu ersetzen.

Die neurologisch-hirnpathologische Richtung ist sich vollkommen dessen bewußt, daß sie zunächst nur der allgemeinen Psychopathologie dienen kann. Wie weit sie damit mittelbar auch der klinischen Forschung dient, wartet sie geduldig ab. Was ein psychotisches Symptom als Ausdruck gestörter Hirnfunktion bedeutet, das und nur das kann sie zeigen. Die Fragen, welcher spezielle Krankheitsprozeß, — z. B. Paralyse oder Arteriosklerose — die Störung der Hirnfunktion bedingt, liegt außerhalb ihres Bereiches.

Die neurologische Methode überträgt nur einen im ganzen Nervensystem geltenden Grundsatz auf die Psychopathologie, wenn sie voraussetzt, daß das Wesen einer Störung nur durch den Ort derselben im Nervensystem und durch die Weise bestimmt ist, in der die nervöse Funktion jeweils abgeändert ist. Dabei verwendet sie die bisher bekannten Begriffe der allgemeinen Nervenphysiologie: Erregung, Lähmung, Reiz- und Ausfallserscheinung, Hemmung und Enthemmung, Koordinationsstörung, Integration, einfache, bedingte und Kettenreflexe, Automatismen, Aufbau und Abbau der Funktionen, gegenseitige Abhängigkeit von Erregungsvorgängen[1]). Ebenso wie die Pupillenstarre als solche genau dieselbe Funktionsstörung ist, ob sie bei einer Paralyse auftritt oder bei einer Enzephalitis, so gilt das auch für die Flexibilitas cerea, für den Negativismus, für Hallucinationen usw. Der Einwand, daß die Stereotypie eines Paralytikers doch etwas anderes sei als die eines Katatonikers, beruht nur auf einer durch Vernachlässigung der neurologischen Betrachtung bewirkten vorgefaßten Meinung.

---

[1]) Vgl. *Pick*. Die neurolog. Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Berlin. 1921.

Ein kurzer Überblick möge zeigen, auf welchen Gebieten der Psychopathologie die neurologisch-hirnpathologische Methode in letzter Zeit erfolgreich gewesen ist!

Eine zunehmende Zahl von psychischen Störungen wurde der durch die Kriegserfahrungen [1]) sehr geförderten Pathologie des Hirnmantels angenähert und von ihr aufgesaugt, während — und das ist ein besonders wichtiges neuzeitliches Ergebnis, in dem alte Gedanken *Meynerts* auferstehen — ein anderer, fast täglich wachsender Kreis seelischer Störungen in seiner Abhängigkeit vom Hirnstamme erkannt wurde.

2. Hirnmantelpathologie und Psychopathologie.

Das Verständnis der Sinnestäuschungen ist wesentlich vertieft worden, nachdem im Kriege zahlreiche Parästhesien bei Verletzungen der hinteren Zentralwindung und häufig Photismen und Visionen bei solchen der Sehsphäre beobachtet wurden.

Durch die Aphasieforschung — so meinte *Bumke* [2]) kürzlich — gehe „ein deutlicher Zug müder Resignation". Dem widerspricht die Entwicklung der Lehre von den grammatischen Sprachstörungen, die einen gemeinsamen Besitz der Psychopathologie und Hirnpathologie darstellen [3]). An sprachlich gestörten Schizophrenen sind mir [4]) zuerst die Unterschiede des der motorischen Aphasie verwandten eigentlichen Agrammatismus (Depeschenstil) und des der sensorischen Aphasie näherstehenden Paragrammatismus (Satzparaphasien) aufgefallen, die dann auch an herdkranken Aphatikern und Kriegsverletzten (*Kleist*, *Isserlin*) gefunden und durch Sektionsbefund bestätigt wurden (*Bonhöffer*) [5]). Auch die anderen sprachlichen Absonderlichkeiten Geisteskranker, die Wahl schiefer und sonderbarer Bezeichnungen, verunstalteter Worte, die Wortstereotypien, die Wortneubildungen u. a. lassen sich auf aphasische Elementarstörungen zurückführen.

---

[1]) Vergl. die Kriegsliteratur und meine demnächst erscheinende Gehirnpathologie auf Grund der Kriegserfahrungen.

[2]) *Bumke.* Die materiellen Grundlagen der Bewußtseinserscheinungen. Psychologische Forschung 3. 3. 1923.

[3]) *Pick.* Die agrammatischen Sprachstörungen. Berlin 1913.

[4]) *Kleist.* Aphasie und Geisteskrankheit. Münchener Med. Wochenschr. 1914. 1.

[5]) *Bonhöffer.* Zur Klinik und Lokalisation des Agrammatismus und der Rechts-Links-Desorientierung. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neur. 54. 1923.

Vom optischen Gebiet her sind wir in die Psychopathologie vorgedrungen mit der schon von *Pick* beobachteten eigenartigen Störung des optischen Zusammenfassens und Aufmerkens, der Komprehensions- und Zählstörung. Beide kommen oft bei Senilen und überhaupt in amnestischen Zuständen vor. Dazu kommt der Verlust der absoluten Lokalisation, die Ortsblindheit (*Best*, *Kleist*) und die zuletzt von *Bonhöffer* anatomisch begründete Desorientierung über die körperlichen Richtungen im Raum (Rechts-Links).

Der Begriff der Demenz ist durch die Aufstellung besonderer optischer, sprachlicher, frontaler Intelligenzstörungen geklärt worden (*Benary*, *Goldstein*, *Kleist*, *Lotmar*, *Berger*).

Zur Demenz gehören auch die zahlbegrifflichen und Rechenstörungen, die als Herdsymptome der weiteren Sehsphäre zu betrachten sind (*Peritz*).

Die Demenzen und der amnestische Symptomenkomplex (*Korsakoff*) sind daher heute schon beinahe vollständig auf hirnpathologisch bekannte Einzelstörungen zurückgeführt.

Auch ein hirnpathologisches Verständnis der Gedankenentgleisungen, der Paralogien Schizophrener, des Begriffszerfalls und der verworrenen Wahnbildung habe ich [1]) anzubahnen versucht und zuletzt paralogische Störungen bei Herderkrankung des linken Hinterhauptlappens beschrieben.

3. Hirnstammstörungen und Psychopathologie.

Psychomotorische Störungen.

Einen der Ausgangspunkte dieser Forschungen bilden meine Untersuchungen über die psychomotorischen Bewegungsstörungen und ihre Beziehungen zu dem System von Kleinhirn, Stammganglien und Stirnhirn. Sie blieben beinahe wirkungslos, bis sie in der im letzten Jahrzehnt ausreifenden Lehre von den subkortikalen oder extrapyramidalen Bewegungsstörungen eine festere Grundlage erhielten und ihnen in den enzephalitischen und arteriosklerotischen Bewegungsstörungen Bundesgenossen erwuchsen.

Heute kann man sagen, daß jede Art von Akinese mit oder ohne Starre, Katalepsie oder Zittern und beinahe jede Art von Hyper-

---

[1]) *Kleist*. Wesen und Lokalisation der Paralogie. Vortrag. Zentralbl. f. Neur. u. Psych. Bd. 33. S. 82. 1923.

kinese, von den einfachsten bis zu den kompliziertesten Formen sowohl bei organischen Stammganglienaffektionen, insonderheit bei Encephalitis und arteriosklerotischer Erweichung, wie bei Katatonien und Motilitätspsychosen vorkommt, mit der Maßgabe allerdings, daß von der Enzephalitis und den grob organischen Verletzungen die primitiven Formen der Bewegungsstörung bevorzugt werden, während bei den Psychosen im engeren Sinn mehr die verwickelteren, höher organisierten und seelisch gehaltvolleren Hyperkinesen auftreten. Damit hängt es wohl auch zusammen, daß bei Psychosen die affektive und sonstige seelische Beeinflußbarkeit der Bewegungsstörungen noch mehr hervortritt als bei den organischen Stammganglienaffektionen. Die neuen Feststellungen zwingen dazu, den Schwerpunkt der Störungen aus dem Stirnhirn, wo ich ihn zuerst gesucht hatte, in die Stammganglien selbst zu verlegen, ohne daß damit eine Mitwirkung des Stirnhirns bei gewissen Formen — von Akinese — ausgeschlossen werden soll. Die Iteration konnte ebenfalls als striär begründet nachgewiesen werden; möglicherweise hat auch die Perseveration und die Stereotypie wenigstens eine ihrer Bedingungen in den Stammganglien, desgleichen die Zwangserscheinungen und die impulsiven Handlungen[1]).

Weitere Fragestellungen ergeben sich aus den Beziehungen der psychomotorischen bezw. ganglionären Erscheinungen zu den von *Magnus* und *de Kleyn* klargestellten, vom Hals und Labyrinth ausgehenden tonischen und Stellreflexen.

Auch die von mir schon gelehrte Abhängigkeit zwischen Denken und Bewegungen, die psychomotorisch bedingte teils gehemmte, teils erregte Denkstörung wurde im Grundsatz bestätigt. Manche — nicht alle — Enzephalitiker mit Parkinsonismus sind auch denkgehemmt, und *Schaltenbrand* [2]) konnte durch Hyoscin außer der Bewegungsfähigkeit auch die Rechenleistungen bessern. Allerdings ist das nur der Anfang zur Lösung des Problems. Nicht die Psychomotilität im allgemeinen hat diesen Einfluß auf das Denken, sondern

[1]) *Kleist.* Die psychomotorischen Störungen und ihr Verhältnis zu den Motilitätsstörungen bei Erkrankungen der Stammganglien. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 52. 5. 1923.

[2]) *Schaltenbrand.* Untersuchungen über Parkinsonismus und Hyoscinwirkung. J. D. Hamburg 1923 u. *Kräpelins* Psychologische Arbeiten 1924. *Ders.* Gibt es eine Scopolaminsucht? Medizinische Klinik. 1924. Nr. 6.

wohl nur eine besondere, erst noch genauer festzustellende Station im Bewegungsaufbau. Jedenfalls aber dürfen wir die Bedingungen der formalen Denkstörungen — der verschiedenen Arten von Denkhemmung, der Inkohärenz, Ablenkbarkeit und Ideenflucht — nicht mehr ausschließlich in der Hirnrinde suchen, sondern müssen sie im wesentlichen in den Hirnstamm verlegen. Neuerdings hat auch *Goldstein*[1]) entsprechende Beobachtungen bei organischer Erkrankung der Stammganglien mitgeteilt.

Wenn auch auf allen diesen Gebieten noch vieles Einzelne zu schaffen ist, so sieht man doch den großen Fortschritt und die grundsätzliche Wendung; einmal darin, daß sich für höhere, zweifellos dem Ich, dem „Allerheiligsten" der Seele angehörende Funktionen überhaupt eine Beziehung zum Gehirn aufgetan hat, und dann, daß dieselbe nicht so sehr auf die Hirnrinde als auf die Stammganglien hinzielt.

Ichstörungen.

Hier begegnen sich die von den psychomotorischen Störungen ausgegangenen Forschungen mit den neuerdings so eifrig und vielseitig — psychologisch, philosophisch und hirnpathologisch — bearbeiteten Fragen des Ich und seiner Störungen überhaupt. Eins der wichtigsten Ergebnisse der neueren Untersuchungen, das auf *Reichardt*[2]) zurückgeht, ist, daß auch „der Sitz" des Ich im Hirnstamm zu suchen ist. Gewiß hat das Ich auch kortikale Seiten — Art und Grad der Begabung, persönliche Lebenserinnerungen und Erfahrungen, soweit sie gegenständlicher Natur sind, — aber der eigentliche Kern der Persönlichkeit — Gefühle und Triebe, Wille, Charakter und Temperament — hat offenbar wenig oder nicht mit der Hirnrinde zu tun, um so mehr aber, wie die jetzt vielfach beobachteten Charakterveränderungen bei Enzephalitis[3]) zeigen, mit dem Hirnstamm. Auch die lange behaupteten Beziehungen zwischen Gefühlen und Thalamus opticus sind durch die

---

[1]) *Goldstein.* Über den Einfluß motorischer Störungen auf die Psyche. D. Zeitschr. f. Nerv. 83. 1924.

[2]) *Reichardt*, Theoretisches über die Psychose. Journ. f. Psych. u. Neur. Bd. 24.

[3]) *Bonhöffer.* Psychische Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern. Klin. Wochenschr. I. 29. 1922. *Derselbe.* Welche Lehre kann die Psychiatrie aus dem Studium der Encephalitis lethargica ziehen? Deutsche Med. Wochenschr. 1923. Nr. 44.

neuen Beobachtungen von *Head* und *Holmes*[1]) bestätigt worden. Mit den vegetativen Zentren im Hirnstamm, deren Kenntnis ja in letzter Zeit bedeutend gefördert wurde, sind die Apparate des Ich sicher innig verknüpft, wofür allein schon die leichte Beeinflußbarkeit vegetativer Vorgänge durch Affekte spricht. Vielleicht gibt es eine Zentralstelle für alle vegetativen Zentren im Hirnstamm, ein „Zentrum des Organismus" im Sinne von *Küppers*[2]), das den Unterbau für die höheren Apparate des Ichs bildet.

Auch von der psychologischen Seite bemühen sich in letzter Zeit zahlreiche Untersuchungen um die Probleme des Ichs. Gerade hier scheint mir in dessen eine mehr strukturelle Psychologie im Sinne von *Pick* notwendig, die die Beobachtungen in ein den Gehirngrundsätzen entsprechendes Gerüst ordnet. *Klages*[3]) Unterscheidungen von Material, Struktur und Qualität des Charakters, denen jede Beziehung auf das Gehirn fehlt, sind für uns daher kaum brauchbar. Sie geben übrigens nicht einmal eine rein psychologische Gliedederung des Charakters; denn das „Material" des Charakters bedeutet das Wissen und die Denkweise eines Menschen, hat also mit dem Charakter im engeren Sinne nichts zu tun; da „Struktur" bei *Klages* ungefähr gleichbedeutend mit Temperament ist, so steht sie ebenfalls außerhalb des eigentlichen Charakters, und es bleibt nur die „Qualität", d. h. die Triebe und Willensregungen als echter Charakterbestandteil übrig.

Auch *Kretschmer*[4]) unterscheidet Charakter nicht genügend von Temperament und sieht im Charakter nur eine dynamische Größe, eine Summe von Funktionen und Reaktionen, wie Eindrucksfähigkeit, Retentionsfähigkeit, Leitungsfähigkeit, deren Substrat im unklaren bleibt. *Ewald*[5]) kommt dem strukturellen Ichbegriff näher. Charaktergrundlagen sind für ihn gewisse Strukturen im Hirnstamm, zum Teil auch in der Rinde, die unter der dauernden Einwirkung von Hormonen stehen. Temperament sei dagegen nichts Bauliches, sondern die individuell verschiedene Funktionsweise einer

---

[1]) *Head* und *Holmes*. Sensory disturbances from cerebral lesions. Brain. Vol. 34. 1911.

[2]) *Küppers*. Über den Ursprung und die Bahnen der Willensimpulse. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. 86. 3. 1923. Vgl. meine Besprechung dieser und anderer Arbeiten von *Küppers*. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 37. 4. 1924.

[3]) *Klages*. Prinzipien der Charakterologie, Leipzig 1921.

[4]) *Kretschmer*. Körperbau und Charakter. Berlin 1921.

[5]) *Ewald*. Temperament und Charakter. Berlin 1924.

biotonischen Zentralstelle im zentralen Höhlengrau, etwa der eben erwähnten vegetativen Zentralstelle entsprechend.

Nach meiner Überzeugung müssen wir in Weiterbildung der Gedanken von *Meynert*, *Wernicke* und *Stransky* einen dreistöckigen Aufbau des Ichbewußtseins annehmen: Zu unterst Somatopsyche (vegetatives Ich) im Höhlengrau des 3. Ventrikels, darüber Thymopsyche (Affektivität) und endlich Autopsyche (Charakter), beide im Thalamus und Pallido-Striatum.

An allen drei Stufen sind sensorische und motorische Leistungen und Anteile zu unterscheiden: Urgefühle und Triebe, Affekte und Ausdrucksbewegungen, Gesinnungen und Handlungen. Die psychomotorischen Funktionen sind also nichts neben dem Ichbewußtsein Bestehendes, sondern Teile oder besser gesagt Leistungen an demselben. Sie gehören je nach dem Grade ihrer Differenziertheit als rohe Reaktiv- und Triebbewegungen der Somatopsyche, als Ausdrucksbewegungen der Thymopsyche und als Handlungen der Autopsyche an.

Das Temperament ist m. E. ein Begriff, der auf einer ganz anderen Ebene liegt als diese Schichtungen, und ist, wie ich mit *Ewald* überzeugt bin, weniger etwas Strukturelles, als etwas Funktionelles. Es enthält in dem allgemeinen körperlichen Behagen oder Unbehagen, in den „Vitalgefühlen" etwas Somatopsychisches. Der Hauptsache nach ist Temperament jedoch die habituelle Gefühlslage eines Menschen — ernst, heiter — also etwas Thymopsychisches. Endlich nehmen auch autopsychische Elemente — Höhe und Art des Selbstgefühls (des Selbstbewußtseins) — an ihm teil.

Ewald kennt nur 2 Temperamentsarten, die manische und die melancholische. Mir erscheint die alte Lehre von den 4 Temperamenten richtiger; denn Stimmung und motorische Regsamkeit liegen keineswegs gesetzmäßig in gleicher Höhe. Wir kennen, wie *Klages* mit Recht betont, auch heiter-behäbige und ernst-rührige Menschen. Vielleicht gibt es getrennte Regulationszentren, sowohl für die Stimmung, wie für die Psychomotilität, die bei vielen Menschen auf die gleiche Höhe eingestellt sind — die manischen (sanguinischen) und melancholischen Temperamente —, während bei anderen die Einstellung der beiden Reguliereinrichtungen gegensätzlich ist: die Choleriker und die Phlegmatiker.

Alle drei Staffeln des Ichtbewußtseins stehen unter starken hormonalen Einflüssen und wirken auch wieder auf diese zurück.

Zur Pathologie des Ichbewußtseins ergibt sich aus dieser struktuellen Auffassung: Die Hysterischen haben ihren Defekt in

der Somatopsyche. Es sind somatopsychisch schwache, in diesem Felde reaktiv-labile Menschen. Daher ihre ständigen Ausstrahlungen der Gemütsbewegungen und der sittlichen Konflikte ins Körperliche, ins Vegetativ-nervöse. Auch die triebhaften, impulsiven und die sexuell abnormen Psychopathen gehören wohl zu den somatopsychisch Mißbildeten.

Es gibt auch reaktiv Labile, die im allgemeinen nicht hysterisch reagieren: die Emotiven, die lediglich Stimmungslabilen. Ihre Mängel liegen auf thymopsychischem Gebiet. Neben ihnen — derselben Schicht angehörig — stehen die habituell Ängstlichen, die Zornmütigen und die Gemütlosen. Auf dieser Stufe stehen auch die motorischen Anlagen der Grazie und der Plumpheit, die Filmdiva und der Tollpatsch.

Abnorme Anlagen der autopsychischen Strukturen besitzen nach meiner Auffassung die Menschen mit mangelhaften sittlichen Gesinnungen: die Mitleidlosen, die Selbstsüchtigen. Dann gehören zu den autopsychisch Abnormen die Haltlosen, die Süchtigen und die Zwangskranken, die Psychopathen mit labilem Persönlichkeitsbewußtsein, schließlich die Menschen mit abnorm gestimmtem Selbstgefühl, die Expansiven und Kleinmütigen. Man muß wohl auch autopsychische Hirnmechanismen annehmen, die das Verhalten von Mensch zu Mensch regeln und die als vertrauliche und mißtrauische Haltung, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft, andererseits als Feindseligkeit und Aggressivität, als Empfindlichkeit und Beziehungssucht oder auch als Ungeselligkeit (Autismus) zur Geltung kommen. Abnorme Anlagen oder krankhafte Störungen an diesen „sozialen Mechanismen" dürften den Eigenbeziehungen, den überwertigen Ideen und den paranoischen Erkrankungen und Reaktionen zugrunde liegen (Querulanten, Fanatiker, Sensitive).

Bewußtseinsstörungen.

Nach den Untersuchungen *Reichardts*, *Breslauers* [1]), *Knauer-Enderlens* [2]), *Rosenfelds* [3]) können wir nicht mehr zweifeln, daß auch der Bewußtseinszustand vom Hirnstamm — Med. obl. oder Höhlengrau — weit mehr als von der Hirnrinde abhängig ist.

[1]) *Breslauer.* Die Pathogenese des Hirndrucks. Mitt. aus d. Grenzgeb. 30. S. 283.
[2]) *Knauer-Enderlen.* Journal f. Psych. u. Neur. 1923.
[3]) *Rosenfeld.* Über Bewußtseinszentren. Deutsche med. Wochenschr. 1924. Nr. 38.

Wie die Enzephalitis gelehrt hat, werden die periodischen Leistungsschwankungen des Bewußtseinszentrums — Schlaf und Wachen — von einem besonderen Regulierapparat beherrscht.

Wenn ich kurz von einem Bewußtseinszentrum spreche, so soll das nicht heißen, daß das Bewußtsein seinen Sitz im Hirnstamm habe, wie man etwa von Tonempfindungen sagen kann, sie seien in den Schläfelappen lokalisiert. Bewußtsein ist nach meiner Überzeugung nichts anderes als Zusammenhang der Inhalte und Vorgänge des Bewußtseins, keine besondere seelische Qualität oder Kategorie. Die wesentlichen Bestandteile, den Kern dieses Zusammenhangs aber bilden nicht die kortikalen Wahrnehmungen und Vorstellungen, sondern die in den Basalganglien lokalisierten Gefühle, Triebe, Gesinnungen und Strebungen, und deshalb muß auch „das Bewußtsein“ als Funktion des Zusammenhangs aller seelischen Leistungen vom Hirnstamm und nicht von der Hirnrinde aus aufhebbar sein und dort seinen Mittelpunkt, sein „Zentrum“ haben.

4. Symptomenkomplexe.

Auch die Symptomenkomplexe rücken unter hirnpathologischer Betrachtung in ein neues Licht und erlauben uns über die früheren Unterscheidungen zwischen heteronomen und homonomen, erklärbaren und verständlichen Zustandsbildern hinauszugehen. Man unterscheidet bekanntlich zufällige Symptomenverbindungen, wie sie z. B. durch den Zufall mehrerer gleichzeitiger Granatsplitterverletzungen an einem Gehirn hervorgebracht werden können, und die gesetzmäßigen, unabhängig von der jeweiligen Krankheitsursache stets in gleicher Verbindung auftretenden Symptomenkomplexe, *Hoches* [1]) „Einheiten zweiter Ordnung“. Das Wesen der gesetzmäßigen Symptomenverbindungen wird nun kaum auf dem Wege aufgehellt werden können, daß man mit *Kräpelin* [2]) fragt, welchen verschiedenen phylogenetischen Entwicklungsstufen oder welchen Lebensaltern dieser oder jener Komplex eigen ist, — oder wenn man die Abhängigkeit gewisser Syndrome von hormonalen Störungen (*H. Fischer*) [3])

---

[1]) *Hoche.* Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912.

[2]) *Kräpelin.* Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 62. 1. 1920.

[3]) *H. Fischer.* Die Rolle der inneren Sekretion in den körperlichen Grundlagen für das normale und kranke Seelenleben. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 34. 4. 1922.

oder hypothetischen ätiologischen Zwischengliedern nachzuweisen sucht.

Nachdem sich nun die einzelnen psychopathologischen Symptome immer deutlicher in die beiden Gruppen der Hirnmantel- und Hirnstammsymptome gesondert haben, lag es nahe, auch nach gesetzmäßigen Hirnmantelkomplexen und Hirnstammkomplexen zu suchen.

Es bedarf keiner näheren Begründung, daß die herdförmigen und allgemeinen Demenzen und das amnestische Zustandsbild Hirnmantelkomplexe sind.

Zu ihnen dürften aber auch die Bilder des Begriffs- und Sprachzerfalls, der Halluzinose und der phantastische Symptomenkomplex gehören.

Während den Herddemenzen meist grobe örtliche Zerstörungen im Mark allein oder in Mark und Rinde, seltener in der Rinde allein zugrundeliegen, beruht der amnestische Komplex wahrscheinlich auf einer diffusen, die gesamte Rinde treffenden Schädigung (vgl. Verdrusung und Verfettung bei seniler Demenz). Der Begriffs- und Sprachzerfall muß nach der Natur seiner Einzelsymptome auch auf einer diffusen, aber im Gegensatz zum amnestischen Komplex weniger vollständigen Rindenschädigung mit elektiver Auswahl bestimmter Elemente oder Schichten im Hinterhaupt-, Schläfe- und Scheitellappen beruhen. Auch die Bilder der Halluzinose und des phantastischen Symptomenkomplexes hängen wohl mit einer besonderen Schädigungsweise der engeren und weiteren Sinnesfelder im Schläfe-, Hinterhaupts- und Scheitellappen zusammen.

Die große Mehrzahl der gesetzmäßigen Zustandsbilder gehört dagegen zweifellos dem Hirnstamm an.

1. Die Symptomenkomplexe der Bewußtseinsstörungen: Dämmerzustand, Delir, Schlafsucht und Schlaflosigkeit,

2. die Symptomenbilder des Ichbewußtseins: die triebhaften Verstimmungen, der hypochondrische Zustand, die expansiven und paranoischen Bilder und das der Depersonalisation,

3. die typischen Syndrome der Affektivität: der manische und melancholische Zustand und die ängstliche Erregung,

4. die typischen Syndrome der Psychomotilität und des Denkens, hyperkinetischer und akinetischer Zustand, Verwirrtheit und Stupor.

Während sich die Gesetzmäßigkeit der Hirnmantelkomplexe darauf beschränkt, daß sie bei verschiedenen Ursachen

und Erkrankungen in gleicher symptomatologischer Weise auftreten, zeigt sich die Selbständigkeit der meisten Stammhirnsyndrome nicht nur in ihrem Zusammenhalt, sondern auch in einer von den Ursachen weitgehend unabhängigen Verlaufsweise, Dauer, Rückbildungsfähigkeit und Aufeinanderfolge.

Ich bezeichne diese daher als Syndrome, jene nur symptomatologisch-gesetzmäßigen als Symptomenkomplexe oder Zustandsbilder. Wir kennen kurze, steil ansteigende und jäh abfallende Verläufe — episodische — und phasische, die meist allmählich ansteigen, längere Zeit anhalten und allmählich abfallen. Nicht jedes Zustandsbild hat jede Verlaufsweise, sondern die Bewußtseinsstörungen — die Dämmerzustände, Delirien und Schlafzustände — ferner die triebhaften Verstimmungen sind es, die meist episodisch verlaufen. Die manischen und melancholischen, die akinetischen und hyperkinetischen, die verwirrten und stuporösen Syndrome verlaufen überwiegend phasisch. Alle Syndrome sind im Grundsatz ausgleichbare Störungen; daher z. B. auch die gute Remissionsprognose bei paralytischer Manie. Bei den psychomotorischen Formen sieht man häufig eine durch die jeweilige Ursache nicht erklärbare Aufeinanderfolge von Hyperkinese und Akinese, von verworrener Erregung und Stupor. In vielen Fällen dürfte auch die Abfolge Manie—Melancholie oder umgekehrt so zu deuten sein. Nach episodischen Schlafzuständen sehen wir oft einen Umschlag in besondere Aufgewecktheit, Unruhe und sexuelle Triebhaftigkeit. Umgekehrt folgt auf die delirante Erregung gesetzmäßig der abschließende Schlaf. In allen diesen Fällen schwingt offenbar ein nach einer Seite aus dem Gleichgewicht gebrachter Regulierungsapparat wie ein Pendel erst nach der anderen Seite aus, ehe er wieder zur Ruhe kommt.

5. Klinische Bedeutung der neurologischen Strömung.

Die hirnpathologische Strömung hat ihrem Wesen entsprechend besonders die allgemeine Psychopathologie gefördert. Mit dem Studium der Symptomenkomplexe aber hat sie auch in klinische Fragen hineingeführt. Die gesetzmäßigen Symptomenbilder sind zum Teil — d. h. soweit sie auf Schädigungen gewisser zentraler Regulierungsstellen beruhen dürften — mehr als Komplexe einzelner Krankheitszeichen, sind selbst eine Art von „Krankheiten", die die Gesetze ihres Eintritts, ihres Ablaufs, ihrer Dauer, Aufeinanderfolge und Rückbildungsfähigkeit in sich tragen. Es sind „Syndrome" im Gegensatz zu den einfachen Symptomenkomplexen. *Wernicke* hatte doch

nicht so unrecht, als er seine Motilitätspsychosen, Somatopsychosen usw. eben Psychosen, nicht nur Zustände nannte. Auch in der von den alten Psychiatern geübten Gleichsetzung von Zustandsbild und Krankheit steckt ein gutes Stück Wahrheit. In die Idee der „Krankheitseinheit" ist damit eine Bresche gelegt. Die Ursachen sind tatsächlich nicht allein entscheidend für Verlauf, Dauer und Ausgang. Und da die gesetzmäßigen Zustände und Syndrome nicht nur in reiner Form vorkommen wie bei gewissen konstitutionellen Erkrankungen, sondern mit zufälligen Erscheinungen vermengt allenthalben in der Symptomatologie der Geisteskrankheiten — auch der exogenen Psychosen — mitspielen, so wird es verständlich, daß ganz allgemein die Eigengesetzlichkeit der Komplexe und Syndrome mit der Wirkung der Ursachen wettstreitet und diese je nachdem verstärkt, vermindert oder abändert.

IV. Die konstitutionelle Strömung.

Diejenige Strömung, von der die gegenwärtige Psychiatrie am stärksten erfaßt worden ist, ist zweifellos die konstitutionelle. Es kann indessen nicht meine Aufgabe sein, diese Bewegung ausführlich darzustellen, da über die Anlage zu Geistesstörungen vor einem Jahre in dieser Versammlung eingehend berichtet worden ist[1]). Ich beschränke mich auf eine Ergänzung jener Berichte im Hinblick auf die heutige Fragestellung.

Die Stockung im Fortgang der klinischen Forschung war dadurch bedingt, daß die klinische Fragestellung auf dem Gebiete derjenigen Erkrankungen nicht weiter führte, die ausschließlich oder weitgehend konstitutionell bedingt waren: die Psychopathien, das manisch-depressive Irresein, die Paranoia, die Epilepsie und die Schizophrenie. Andererseits hatte auch die psychologische und neurologische Forschung in den Störungen des Ichbewußtseins und in den Symptomenkomplexen und Syndromen auf konstiutionelle Gegenstände hingeführt. Von außen her wurde der Anstieg einer konstitutionellen Strömung noch durch den Sieg dieses Gedankens in der gesamten übrigen Pathologie unterstützt.

Man kann nun in der psychiatrischen Konstitutionsforschung zwei Richtungen unterscheiden: die klinische, in der besonders *Hoche*, *Bumke*, *Schröder* und ich gearbeitet haben, und die erbbiologische *Rüdins* und seiner Schule, der auch *Gaupp* und *Kretschmer* nahestehen.

[1]) *Kehrer-Kretschmer*. Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924.

Weg und Ziel der psychiatrischen und besonders der klinischen Konstitutionsforschung ergeben sich am leichtesten aus einem Blick auf die neuste Geschichte der Epilepsie.

Bei der Epilepsie ist die Zeit des gewaltigen Anschwellens dieses Krankheitsbegriffes, in dem derselbe die Dipsomanie, alle periodischen Verstimmungen, viele Psychopathien, Fälle mit gehäuften Absenzen, für manche Forscher sogar die Migräne umfaßte, schon vorbei. Die rückläufige Welle hatte hier schon früher eingesetzt, und es war gelungen, eine ganze Anzahl pathologischer Radikale herauszusondern, die auch für sich außerhalb der Krankheit Epilepsie vorkommen: die Pyknolepsie, die Narkolepsie, die Migräne, die affektepileptischen Anfälle, zuletzt die von mir[1]) geschilderten episodischen Dämmerzustände und die periodischen länger dauernden Schlafzustände (*Kleine*[2])). So haben wir neben der Krankheit Epilepsie, die alle diese Radikale umschließt, mehrere seltenere und symptomärmere, bisweilen monosymptomatische, epileptoide, Erkrankungen; außerdem die epileptoiden Psychopathen als konstitutionelle Dauerzustände, die wieder nur gewisse Züge der Gesamtkrankheit Epilepsie zur Darstellung bringen. Ich sehe der Einfachheit halber hier davon ab, daß diese Ausführungen streng genommen nur für die genuine Epilepsie im engsten Sinne gelten, während bei der Mehrzahl epileptischer Erkrankungen äußere Umstände (Verletzungen, frühkindliche Erkrankungen und fötale Hirnschädigungen) hineinspielen. Wir betrachten heute alle die eben genannten Gebilde des epileptischen Formenkreises nicht mehr, wie es *Samt*, *Kräpelin*, *Aschaffenburg*, *Gaupp* u. A. früher taten, als Äußerungen einer und derselben Krankheitsursache, die alle diese Erscheinungen als ihre Äußerungen und gegenseitigen Äquivalente hervorriefe, sondern wir erkennen eine Vielheit selbständiger Konstitutionseinheiten an, die sich erfahrungsgemäß häufig miteinander verbinden („Epilepsie"), seltener auch monosymptomatisch oder in kleineren Gruppen vorkommen und sich dann auch gelegentlich mit Einzelradikalen anderer Krankheitskreise, besonders des schizophrenen oder zirkulären verbinden (z. B. bei den episodischen Dämmerzuständen und bei der Dipsomanie). *H. Fischer*[3]) hat die

[1]) *Kleist.* Episodische Dämmerzustände. Im Druck.

[2]) *Kleine.* Periodische Schlafsucht. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 57, 5/6, 1925.

[3]) *H. Fischer.* Zur Biologie der Degenerationszeichen und der Charakterforschung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 62. 1920. — *Derselbe.* Die Rolle der inneren Sekretion in den körperlichen Grundlagen

Konstitutionslehre der Epilepsie durch die Erforschung des endokrinen Gefüges und des Körperbaus der Epileptiker erweitert. Was die Konstitutionseinheiten bei der vollausgeprägten Epilepsie zusammenhält, ist vorläufig noch unklar. Jedenfalls ist nicht erwiesen, daß alle Einzelformen des epileptischen Kreises ein und dasselbe Gen enthalten, nnd daß dadurch eine innere Einheit aller dieser Gebilde hergestellt wird. Sehr wahrscheinlich spielt dabei die Affinität der ihren Phänotypen zugrunde liegenden Genotypen eine Rolle (komplexe Genotypen, Faktorenkoppelungen). Die Erbforschung wird nicht dabei stehen bleiben dürfen, den — anscheinend rezessiven — Vererbungsgang für die genuine Epilepsie nachgewiesen zu haben (*Rüdin*[1]), *Medow*, *Hoffmann*), sondern müßte auch die Erbweise jedes einzelnen isoliert vorkommenden Radikals verfolgen. Der Anfang dazu ist bei der Migräne und der Dipsomanie gemacht (*Dobnigg-v. Economo*[2]).

In dieser Entwicklung der Epilepsie ist — wie ich glaube — die des manisch-depressiven Irreseins und der Schizophrenie vorgezeichnet. Die Einheit eines manisch-depressiven Irreseins wird zwar noch immer verteidigt, aber auch nicht mehr in der strengen, ätiologisch gedachten Fassung früherer Zeiten. So hat *Kräpelin*[3]) selbst sich dahin ausgesprochen, daß das manisch-depressive Irresein keine einheitliche Krankheit im strengen Sinne sei, sondern eher „eine aus gemeinsamer Wurzel erwachsene Krankheitsgruppe mit fließenden Übergängen zwischen den einzelnen Formen.“ Auch hier muß die Konstitutionsforschung nicht nur erbbiologisch, sondern vor allem klinisch betrieben werden, wie *Bumke*[4]), ich[5]) und *Schröder*[6])

für das normale und kranke Seelenleben. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 34. 4. 1923.

[1]) *Rüdin*. Über Vererbung geistiger Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 81. 1923.

[2]) *Dobnigg-Economo*. Die hereditäre Belastung der Dipsomanen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 76. 3. 1920.

[3]) *Kräpelin*. Lehrbuch. 8. Aufl. III. S. 1383.

[4]) *Bumke*. Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. *Gaupps* Zentralbl. N. F. 20, S. 499.

[5]) *Kleist*. Streitfage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. V. 3. 1911. — *Derselbe*. Autochthone Degenerationspsychosen. Ebenda 69. 1921.

[6]) *Schröder*. Ungewöhnliche periodische Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 44. 1918. — *Derselbe*. Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Berlin 1920. — *Derselbe*. Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 60. 1920. — *Derselbe*. Degenerationspsychosen und Dementia praecox. Archiv f. Psych. 66. 1922.

es getan haben. Man kommt dann ähnlich wie bei der Epilepsie zu einer Kerngruppe, den eigentlich manisch-depressiven bzw. zirkulären Erkrankungen, um die sich „atypische" Formen, die von mir sogenannten „autochthonen Degenerationspsychosen" herumlegen. Die Aussonderung dieser Formen ist m. E. noch keineswegs abgeschlossen, die Verfolgung ihrer besonderen Erbgänge noch kaum begonnen, während die dominante Vererbung der typischen manisch-depressiven Erkrankungen (*Rüdin* u. A.) feststehen dürfte. Die Motilitätspsychosen, Verwirrtheiten, Angstpsychosen, Hypochondrien usw. verwirklichen wiederum Einzelradikale, die in den schweren, verworrenen und tobsüchtigen Formen des zirkulären Irreseins mit manisch-depressiven Syndromen vereint auftreten. Im Hinblick auf diese ihre Affinität mit dem zirkulären Irresein und ihre verlaufsmäßige Übereinstimmung mit diesem könnte man sie auch zykloide Psychosen nennen. Daß diesem Kreise auch wohlcharakterisierte Psychopathen angehören, die unmerklich ins Reich der Gesundheit übergehen, ist lange bekannt. *Kretschmer* spricht von zykloiden und zyklothymen Persönlichkeiten, *Bleuler* nennt sie Syntone. Auch hier überschneiden sich in den Außenbezirken des Kreises die Eigentümlichkeiten desselben zuweilen mit Eigenschaften anderer Kreise, seltener des epileptischen, sehr häufig des hysterischen, zuweilen auch des schizophrenen. Nur sind gerade in dieser Hinsicht die Dinge noch recht unklar.

Die in den epileptischen und epileptoiden sowie in den zirkulären und zykloiden Psychosen uns entgegentretenden klinischen Bilder sind nichts anderes als die gesetzmäßigen organischen Hirnstammsyndrome. Die Symptomatik und Verlaufsweise dieser Psychosen ist daher vollkommen identisch mit den Eigengesetzlichkeiten der entsprechenden Stammhirnsyndrome. Man sieht daraus, daß für diese Erkrankungen die Frage Zustandsbild oder Krankheit? gegenstandslos ist.

Auch die Schizophrenie wird voraussichtlich durch die Konstitutionsforschung in Einzelformen aufgelöst werden. Als Kern dieses Konstitutionskreises kann man die vollentwickelte Schizophrenie mit all den besonders von *Bleuler* so meisterlich geschilderten schizophrenen, katatonen, affektiven Störungen, den verworrenen Wahnbildungen und den Halluzinationen betrachten. Randpsychosen wären dazu die mehr auf einzelne Symptomarten beschränkten Krankheitsfälle: die ganz vorwiegend psychomotorisch gefärbten

Katatonien, die vorwiegend affektverblödenden Hebephrenien, die überwiegend sprachlich zerfallenden Schizophasien, die Kranken mit verworrener Wahnbildung und Begriffszerfall (Dementia paranoides) und die geordneteren Wahnpsychosen — *Kräpelins* Paraphrenien —, unter denen ich die progressive Beziehungspsychose, die Phantasiophrenie und die progressive Halluzinose unterscheiden möchte.

Der richtige Gesichtspunkt für die Aufstellung schizophrener Sonderformen wird um so leichter gewonnen werden, je neurologischer man denkt, d. h. je mehr man sich bemüht, bestimmt umgrenzte und wenn möglich als Störung einzelner Hirnfunktionen begriffene Symptome als Leitmotive zu nehmen. Ich[1]) habe auf das Vorbild der neurologischen Systemerkrankungen, der Heredodegenerationen hingewiesen, die auch durch einzelne, das Krankheitsbild beherrschende, während des ganzen Verlaufs nachweisliche und an Schwere zunehmende Einzelstörungen gekennzeichnet sind, und bei denen ebenfalls Einzelkrankheiten und kombinierte Formen beobachtet werden (vgl. die spastische Spinalparalyse, die spinale Muskelatrophie und die amyotrophische Lateralsklerose). Die Schizophrenien sind m. E. psychische Systementartungen, (Heredodegenerationen), ein Gedanke, der durch die neuerdings festgestellten elektiven schichtweisen Zellausfälle in der Rinde bestätigt wird (*Josephi*[2]), *Fünfgeld*[3])).

Man könnte die selteneren Randpsychosen des schizophrenen Formenkreises als schizoide Erkrankungen bezeichnen, wenn nicht *Popper*[4]) und ihm folgend *Kahn*[5]), *Lange*[6]) und *Mayer-Groß*[7]) mit

---

[1]) *Kleist.* Die Auffassung der Schizophrenien als psychischer Systemerkrankungen (Heredodegenerationen). Klinische Woch. 2. S. 962. 1923.

[2]) *Josephi.* Zur Histopathologie und Therapie der Dementia praecox. Deutsche med. Woch. 50. 34. 1924.

[3]) *Fünfgeld.* Anatomisches zur Auffassung der Schizophrenie als psychischer Systemerkrankung. Vortrag. Baden-Baden 1924. Archiv f. Psych. 71. 2. 1924.

[4]) *Popper.* Der schizophrene Reaktionstypus. Zeitschr. f. d. ges Neur. u. Psych. 62. 1920. — *Derselbe.* Klinische Studien zur Genese der Schizophrenien. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 50. 3. 4. 1921.

[5]) *Kahn.* Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 66, 1921. — *Derselbe.* Über die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, den Aufbau und die Systematik der Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 74, 1922.

[6]) *Lange.* Periodische, zirkuläre und reaktive Erscheinungen bei der Dementia praecox. Ebenda 80, 1./2. 1922.

[7]) *Mayer-Groß.* Zum Problem des schizophrenen Reaktionstypus. Ebenda 76, 5. 1922.

diesem Namen ganz andere Fälle belegt hätten, nämlich heilbare, teils reaktive, teils periodisch-autochthone Formen, die ich zunächst als Degenerationspsychosen auffassen würde. Offenbar decken sie sich zum Teil mit den Motilitätspsychosen und gewissen Verwirrtheiten, die symptomatisch katatonen und schizophrenen Bildern ähneln. Doch konnte ich in solchen Fällen nur selten erbbiologische Beziehungen zum schizophrenen Formenkreise nachweisen; auch von der Annahme einer Legierung schizophrener und zirkulärer Anlagen wird m. E. ein zu freigebiger Gebrauch gemacht. Dies umstrittene Gebiet wird dadurch noch weiter verwickelt, daß man auch Infektionspsychosen, Puerperalpsychosen und andere exogene heilbare Erkrankungen, die mit psychomotorischen Zeichen, Verwirrtheit und dergl. einhergingen, wegen dieser äußeren Ähnlichkeit mit kataton-schizophrenen Erkrankungen als schizoide Psychosen oder auch als echte Schizophrenien ansprach — m. E. ohne zwingenden Grund, da eine psychomotorische oder verworrene Erregung, ein Stupor oder eine Halluzinose nur Kundgebungen von Hirneinrichtungen sind, die in jedem Menschen vorhanden sind. Eine Verwandtschaft solcher exogener Psychosen mit den Schizophrenien könnte immer nur auf Grund des Nachweises von erbbiologischen Beziehungen behauptet werden, was nach meinen Erfahrungen nur selten zutrifft.

Bumke [1]) hat dann den Spieß umgedreht und gesagt: Nicht die schizophrenie-ähnlichen symptomatischen Psychosen gehören zur Schizophrenie, sondern das, was wir Schizophrenie nennen, ist ein Gemenge von exogenen Erkrankungen. Solange aber die zugehörigen exogenen Ursachen nicht nachgewiesen sind, — denn die Fälle von Schizophrenie nach puerperaler Infektion und ähnlichen Schädigungen bilden doch nur einen sehr kleinen Bruchteil der als schizophren diagnostizierten Erkrankungen — ist dieser Gedanke nicht sehr überzeugend, und *Bumke* selbst schränkt seine Tragweite ein, indem er eine „vererbbare Kerngruppe von Dementia praecox" nicht leugnen will.

Daß es auch Psychopathen gibt, die symptomatisch und erblich den endogenen Defekterkrankungen nahestehen, hatten schon *Kräpelin*, *Bleuler*, *Berze* und *Medow* [2]) gesehen, denen die umfassenden

---

[1]) *Bumke*. Die Auflösung der Dementia praecox. Klin. Woch. 1923. 3. 11.

[2]) *Medow*. Zur Erblichkeitsfrage in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 26, 5. 1914.

und eindringenden Beschreibungen *Kretschmers*[1]) und *Hoffmanns*[2]) folgten. Ihre Nachweise werden um so fruchtbarer werden, je mehr man die sog. schizoiden Psychopathen in ihren einzelnen Formen auseinanderhält und sich bei ihrer Diagnose auf wirklich greifbare und eindeutige Übereinstimmungen mit den Krankheitszeichen der Schizophrenie und auf erbliche Verwandtschaft mit derselben beschränkt, wie es *A. Schneider*[3]) getan hat, dagegen von den allzu weiten, unbestimmten, nur eindrucksmäßigen Ähnlichkeiten absieht, denen *Kretschmer* dank seiner dichterischen Darstellungsgabe und zum Schaden der Sache einen viel zu weiten Raum gegeben hat.

Der Erbgang im schizophrenen Formenkreise ist ebenfalls noch weiterer Klärung bedürftig. Wohl scheint die rezessive Vererbung einwandsfreier schizophrener Verblödungen durch die Forschungen *Rüdins* und seiner Nachfolger gesichert, der Erbgang der Einzelformen und Randpsychosen ist aber — wesentlich infolge der Unsicherheit der klinischen Grenzen — noch dunkel. Die schizoiden Psychopathen gehen nach *Kahn* dominant.

Nach Abzug der epileptoiden, zykloiden und schizoiden Psychopathen bleibt immer noch der größte Teil der Psychopathen übrig. Dieser große Rest samt den auf ihrem Boden erwachsenden, meist reaktiven Psychosen und Neurosen ist, obwohl sie den am längsten bekannten Teil der Konstitutionsanomalien darstellt, bisher von der Anlage- und Erbforschung nicht genügend erfaßt worden. Nach *Medows* und unseren Frankfurter Beobachtungen steckt in dieser Gruppe zunächst ein Konstitutionskreis, in dessen Mittelpunkt die hysterische Veranlagung steht; um sie ordnen sich die emotiven, haltlosen, süchtigen und die phantastischen Persönlichkeiten, die Menschen mit der Neigung zu Bewußtseinsspaltungen als gewissermaßen hysteroide Konstitutionen, gemäß ihrer gemeinsamen Neigung zu ähnlichen reaktiven Störungen und ihrer ausgesprochenen Affinität zueinander.

Andere psychopathische Typen, die Zwangskonstitutionen und die Paranoischen (Überwertigen) besitzen, wie mir scheint, untereinander nähere Ähnlichkeit und Affinität als zum hysterischen Kreise. Sie dürften wieder eine Gruppe für sich bilden. An der Auf-

---

[1]) *Kretschmer.* Körperbau und Charakter. Berlin 1921.

[2]) *Hoffmann.* Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin 1921.

[3]) *A. Schneider.* Über Psychopathen in Dementia praecox-Familien. Allg. Zeitschr. f. Psych. 79, 1923.

hellung der paranoischen Konstitution und den aus ihr hervorwachsenden teils reaktiven — *Kretschmers* [1]) sensitiver Beziehungswahn — teils autochthonen Erkrankungen (*Ewald*) [2]) ist in den letzten Jahren besonders eifrig gearbeitet worden. Auf die neueste zusammenfassende Darstellung von *Gaupp*[3]) sei verwiesen.

Die Konstitutionsforschung ist jedoch nicht nur für die eigentlichen Anlageerkrankungen und Psychopathien von Bedeutung, sondern spielt überall auch in die exogenen Psychosen hinein. Ich darf hier meine[4]) Untersuchungen über die Anlage zu Infektionspsychosen und den Nachweis einer „symptomatisch-labilen" Konstitution erwähnen.

Daher war es auch gerade die Konstitutionsforschung, die den Blick für die Vielheit der Umstände schärfte, die in jeder Psychose zusammenlaufen, und für die Einseitigkeit, die jeder Diagnose anhaftet. So entstanden *Birnbaum*'s [5]) Überlegungen über den Aufbau der Psychose aus pathogenetischen und pathoplastischen Bestandteilen, und *Kretschmer* [6]) empfahl eine mehrdimensionale Diagnostik.

Es liegt endlich im Wesen konstitutioneller Betrachtung, daß sie nicht nur auf ein Organ oder nur auf die Psychose ihren Blick richtet, sondern das Ganze der Beschaffenheit des Organismus vor sich hat. Dieser Einstellung verdankten *Kretschmer* und *H. Fischer* ihre Beobachtungen am Körperbau und dem endokrinen Gefüge bei seelisch Abnormen. *Kretschmer* erkannte die Häufigkeit des pyknischen Habitus bei den Manisch-depressiven und die Bevorzugung der asthenisch-dysplastischen Bauformen bei den Schizophrenen. Aber auch die Hysteriker und die hysteroiden Psychopathen, ebenso die Imbezillen sind oft asthenisch oder dysplastisch, während bei Epileptikern ein eigenartiger massiver Körperbau nebst anderen Dysplasien (*H. Fischer*) nicht selten ist. Dies muß betont werden, da man schon anfängt, von einem schizoiden Körperbau zu reden und danach psychiatrische Diagnosen zu stellen.

---

[1]) *Kretschmer.* Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918.

[2]) *Ewald.* Paranoia und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 49, 1919.

[3]) *Gaupp.* Die Paranoia. Klin. Wochenschrift. 1924.

[4]) *Kleist.* Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Berlin 1920.

[5]) *Birnbaum.* Der Aufbau der Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 76, 1923.

[6]) *Kretschmer.* Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 48, 1919.

Rückblick.

Wenn wir noch einmal rückschauend alles überblicken, so dürfen wir sagen: Die konstitutionelle Strömung hat das durch die Erstarrung der ätiologischen Fragestellung festgefahrene Schiff der klinischen Forschung wieder flott gemacht. Auch die neurologische Strömung brachte kräftige Anstöße, doch war es mehr die allgemeine Psychopathologie, die aus der neuen Belebung neurologischen und hirnpathologischen Denkens Nutzen zog, wie ihr auch die neue psychologische Bewegung zugute kam. Und die philosophische Strömung? Wenn auch für den Erkenntnisfortschritt unfruchtbar, so ist sie doch nicht nutzlos gewesen; denn der Zwang, den vor fast 100 Jahren eroberten naturkundlichen Boden unserer Wissenschaft erneut zu verteidigen, hat diesen Boden nur fester gesichert, zugleich aber den Blick geweitet für die andere, dem Erkennen gleichwertige Art des Welterlebens, die tätige. Sie dient zwar nicht der Forschung, aber der handelnde und helfende Seelenarzt kann ihrer nicht entraten und verdankt ihrem Aufschwung neue Antriebe.

Psychische Störungen in der Haft[1].

Von

Dr. **Kürbitz**, Reg.-Medizinalrat.

(Aus der Sächs. Heil- u. Pflegeanstalt Sonnenstein. Direktor: Geheimrat Dr. Ilberg.)

Schon seit längerer Zeit weiß man, daß die Gefangenschaft eine Reihe von psychischen Ursachen in sich vereinigt, die zu Geistesstörungen Veranlassung geben können. Bereits um 1840 hören wir von *Christina*, daß in der Einsamkeit der Zelle leidenschaftlich veranlagte Menschen ihre Phantasie erhitzen und zu grübeln beginnen. *Delbrück* faßte 1854 seine Erfahrungen als Strafanstaltsarzt in Halle dahin zusammen, daß er behauptete, die Gewohnheitsverbrecher zeigten in der Strafhaft besonders starke geistige Störungen. Einige Jahre später bearbeitete *Gutsch* das gesamte Material des Isolierzuchthauses zu Bruchsal und betonte, daß es eine besondere Gefängnispsychose nicht gäbe.

Andere Strafanstaltsärzte und ferner auch Psychiater beschäftigten sich dann noch mit psychischer Erkrankung bei Strafgefangenen, bis 1871 *Reich* in Illenau den Untersuchungsgefangenen sein besonderes Augenmerk schenkte. 1888 kam *Moeli* auf das gleiche Thema zurück, das 1898 *Ganser* durch seinen berühmten Aufsatz „Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand" auf eine grundlegende und heute noch gültige Bahn leitete; ich werde darauf später noch einzugehen haben.

Zunächst wollen wir uns aber einmal vergegenwärtigen, welches die Schädlichkeiten der Straf- und Untersuchungshaft sind, die zu einer etwa zehnmal häufigeren geistigen Erkrankung führen als bei einem Leben in der Freiheit. Angst und Ungewißheit über die Zukunft, Reue und Scham über Verfehlungen spielen als psychische Momente sicherlich eine gewisse Rolle, doch kann man ihre Bedeu-

---

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten am 5. Juni 1924 in der forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu Dresden.

tung für die Geistesstörungen nur von Fall zu Fall richtig ermessen; schon jetzt möchte ich betonen, daß seelische Erregungen, die sich an Verhaftung, an Verhör und an die Verurteilung anschließen, in der Regel nicht zur Entstehung von Jugendirresein, Paralyse, Altersblödsinn usw. führen, auch wenn man die Einsamkeit in der Isolierzelle, das eintönige und dazu noch straffe Leben im Gefängnis berücksichtigt. Wohl aber spielen alle diese Momente eine große Rolle bei Hysterischen und Psychopathen.

In der langen Strafhaft gehört zu den Schädlichkeiten das ewige, monotone Einerlei des ganzen Betriebes, das Monat für Monat, jahraus, jahrein ohne Wechsel, grau in grau den Gefangenen umgibt; Verhöre und Gegenüberstellungen finden kaum noch statt, ein furchtbarer Mangel an geistiger Anregung und an Gedankenaustausch herrscht und führt nur zu leicht zu Grübeleien, die dann je nach der besonderen Veranlagung des Betreffenden hypochondrische Ideen erzeugen und zur Bildung von Beeinträchtigungsgedanken mannigfacher Art führen können.

Einschalten will ich hier, daß es in vieler Hinsicht zu begrüßen ist, daß man jetzt die Monotonie in den Strafanstalten mildert, wobei man natürlich auch nicht über das Ziel hinausschießen darf. Die früher oft vorhandene knappe und einförmige Kost, sowie der Mangel an frischer Luft sind jetzt schon im wesentlichen verschwunden.

Welchen geistigen Störungen begegnen wir nun in der Straf- und Untersuchungshaft?

Alle psychischen Erkrankungen, denen wir auch sonst begegnen, werden hier angetroffen. Es kann z. B. jemand gleichzeitig mit der Haft vom Greisenblödsinn, von der fortschreitenden Hirnlähmung, von der Hirnsyphilis, vom Jugendirresein und der Epilepsie befallen werden, genau so wie in der Freiheit auch; das klinische Bild, das sich uns dann bietet, zeigt im allgemeinen keinerlei Abweichungen gegenüber anderen Fällen.

Wir finden einmal die auf syphilitischer Basis beruhenden Geisteskrankheiten: Hirnsyphilis und fortschreitende Hirnlähmung; die Kranken zeigen neben dem charakteristischen serologischen Befund eine erhebliche Abnahme aller geistigen Funktionen, sie werden kritiklos und haben allerlei Trugwahrnehmungen, die Persönlichkeit verfällt immer mehr, besonders bei der fortschreitenden Hirnlähmung und auch körperlich ist ein erheblicher Rückgang zu konstatieren. Wahnideen können zu Beginn der Krankheit unter Umständen infolge einer noch vorhandenen gewissen Aufnahmefähigkeit des Hirns

Beziehungen zur Haft erkennen lassen, in der Regel aber läßt sich eine spezifische Färbung durch die Haft nicht nachweisen. Das gleiche gilt vom Greisenblödsinn. Hier verschlechtert sich das Gedächtnis, das Auffassungsvermögen wird geringer, Erinnerungstäuschungen mit allerlei Konfabulationen stellen sich ein, die ethischen und ästhetischen Gefühle erfahren eine Minderung; Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen sind anzutreffen. — Heitere und traurige Verstimmungen können gleichfalls bei Sträflingen zur Beobachtung gelangen; in extremer Weise finden wir dies in der Manie und in der Melancholie ausgeprägt. Versündigungsideen und Selbstvorwürfe können, besonders bei dazu Disponierten, zu schweren Depressionszuständen mit Selbstmordneigung führen, während andere Gefangene wiederum in eine übertrieben heitere und ausgelassene Stimmung mit Rededrang, Ideenflucht und großer motorischer Unruhe geraten. Daß in der Gefangenschaft die Melancholie eine gewisse Milieu-Färbung annehmen kann, ist sicher, im großen und ganzen ist aber das Krankheitsbild dem in der Freiheit entstandenen durchaus gleich. — Dabei ist aber zu betonen, daß die Haft außerdem noch Reaktionen manifest werden lassen kann, die der ganzen Veranlagung naheliegen, also manische oder depressive Phasen, epileptische oder hysterische Zustände u. dergl. mehr. — Die gleichen Krankheitsbilder wie in der Freiheit treffen wir sodann an, wenn bald nach der Verhaftung ein Alkoholdelirium ausbricht; dabei darf man aber als schädliches Moment nicht etwa die plötzliche Entziehung ansehen, denn dagegen sprechen die günstigen Erfahrungen der Trinkerheilstätten. Es kommen vielmehr hierfür andere Gesichtspunkte in Frage: die durch die Untersuchungshaft bedingten ungünstigen Einwirkungen und vor allen Dingen die fast stets vorhandene Minderwertigkeit des betreffenden Individuums. Handelt es sich doch vielfach um Landstreicher und Bettler, also Personen, die auch sonst vielfache Abweichungen von der Norm bieten. Der Ausbruch eines Delirium tremens in der Untersuchungshaft hängt also aufs engste mit der Gesamtpersönlichkeit zusammen, wie auch bei anderen geistigen Erkrankungen. Oft ist die vagabondierende Lebensweise erst Folge einer sich entwickelnden Psychose mit erworbenem Defekt, während die Gewohnheitsverbrecher vielfach schon von Jugend auf ihr antisoziales Verhalten in einem liederlichen, haltlosen Lebenslauf, ohne feste Tätigkeit, in Lügen und Stehlen dokumentieren. Ihnen kann man die Gelegenheitsverbrecher gegenüberstellen, bei denen man oft Betrug, Kindstötung und Brandstiftung findet.

Ferner treten im Anfang der Internierung bei Morphinisten und Kokainisten akute Erregungszustände ein. — Epilepsie kann sich entweder zum erstenmal im Gefängnis zeigen oder ein Krampfanfall, eine Ohnmacht, ein Dämmerzustand auf dieser Basis hat früher schon gleiche Vorgänger gehabt. Dabei ist zu prüfen, ob die strafbare Handlung durch die Epilepsie beeinflußt ist, und ferner darf man, besonders bei disziplinellen Bestrafungen, nie die große Reizbarkeit und eine oft vorhandene geistige Schwäche bei den Fallsüchtigen vergessen. Diese Reizbarkeit, die in der Freiheit und in der Irrenanstalt oft schon so störend wirkt, findet in den engen Verhältnissen der Gefangenschaft nur zu leicht und zu häufig Reibungsflächen, ähnlich wie bei Schwachsinnigen und Psychopathen. Bei all diesen reizbaren Personen kann sich gar plötzlich eine große Erregung einstellen, sie können ihre Affekte nicht mehr beherrschen und entladen sie in Tobsuchtsanfällen, oft mit sinnloser Zerstörungswut (Zuchthausknall); das Bewußtsein ist dabei häufig getrübt.

Stellen sich früher oder später in der Haft die Symptome des Jugendirreseins, auch Dementia praecox oder Schizophrenie genannt, ein, so kann es sich hier meist nur um ein zeitliches Zusammentreffen handeln. Wir haben es nämlich einmal mit einer schizophrenen Erbanlage zu tun und sodann mit einem fehlerhaften und mangelhaften Zusammenarbeiten aller Drüsen mit innerer Sekretion; es ist also ein „vorbereiteter Boden“, auf dem dann die Krankheit zur Entwicklung gelangt. Diese schwere Krankheit beruht also auf pathologischen Vorgängen und ist meines Erachtens meistens von äußeren Vorgängen unabhängig; ist sie doch z. B. auch während des Weltkrieges weder im Feld noch in der Heimat häufiger aufgetreten als ehedem. Kommt in langer Haft schließlich die Schizophrenie einmal zutage, so ist wohl eine diesbezügliche Anlage vorhanden, welche als die eigentliche Ursache zur Erkrankung anzusprechen ist. Daß bei diesen zur Schizophrenie veranlagten Personen die Haft den feineren Stoffwechsel schädige und die Geisteskrankheit rascher zur Auslösung bringe, nimmt z. B. *Försterling* an, inwieweit mit Recht, bleibe hier unerörtert. —

Die einzelnen Krankheitsbilder des Jugendirreseins können eine Färbung zeigen, die auf die Haft hinweisen, insofern, als ihr Inhalt aus der augenblicklichen Umgebung genommen wird. Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen nämlich, die oft bei dem Jugendirresein zu beobachten sind, zeigen sich gar häufig bei Häftlingen mit dieser Erkrankung vornehmlich dann, wenn sie schon von Haus aus

zur Beeinträchtigung und zum Nörgeln neigen; es nimmt uns dann naturgemäß auch nicht wunder, daß in ihren mannigfachen Wahnideen gerade das Personal und die Einrichtungen der Strafanstalten die erste Rolle spielen, und daß auch sonst der Inhalt ihrer Sinnestäuschungen in Beziehung zur Umgebung steht; sie sind in großer Angst, sie hören und sehen die verfolgenden Aufseher, sie vernehmen Gerichtsurteile usw. Ferner stellt sich beim Jugendirresein nicht so selten ein sogenannter katatoner Stupor ein, bei dem die Kranken in ihren spontanen Bewegungen immer mehr nachlassen, ihre sprachlichen Äußerungen werden immer geringer, der Gesichtsausdruck wird starr, zum Essen und Urinieren müssen sie angehalten werden und stets sind sie sehr widerstrebend. Dieses Zustandsbild muß man kennen und darf es nicht mit dem Haftstupor oder der Simulation verwechseln, worauf ich später noch eingehen werde. —

Die Einwirkung des ganzen Strafanstaltsmilieus zeigt sich sehr klar bei allen schon von Haus aus paranoid und querulatorisch veranlagten Personen, die nicht eine schizophrene Erbanlage besitzen. Bereits in der Freiheit sind diese Leute sich und ihrer näheren und ferneren Umgebung eine Qual, überall fühlen sie sich zurückgesetzt, ihnen tut man immer Unrecht, sie werden stets verkannt. In dem engen Rahmen der Strafanstalt, unter der Einwirkung straffer Zucht und im Zusammenleben mit stets den gleichen, oft recht ungünstigen Menschen entwickelt sich naturgemäß die paranoide oder querulatorische Veranlagung, mag sie nun früher schon einmal in Erscheinung getreten sein oder nicht, zu höchster Blüte. In jeder Anordnung, in jedem Wort und in jeder Gebärde finden sie Beeinträchtigungen ihrer Person, gegen die sie dann mit unendlichen Beschwerden vorgehen, nie sind sie zufriedenzustellen und zu überzeugen, fehlt ihnen doch jegliche Krankheitseinsicht. Schon in der Untersuchungshaft, aber noch viel häufiger und ausgedehnter bei einer längeren Freiheitsentziehung sind derartige Erscheinungen anzutreffen. Alle diese Krankheitsbilder sind aber nicht ein besonderes Erzeugnis, ein spezifisches Produkt der Gefangenschaft, sie zeigen sich vielmehr in gleicher Weise auch draußen im Leben, nur ist bei ihnen oft, wie gesagt, eine besondere Färbung unverkennbar.

Diese echten Haftquerulanten gehören nun schon in die große Gruppe der psychogenen Erkrankungen, das sind solche, die durch psychische Einwirkungen verursacht worden sind; psychische Einflüsse sollen nicht die Auslösung, sondern die wirkliche Veranlassung für das Zustandekommen des pathologischen Prozesses bilden. Außer

der psychischen Entstehungsweise ist dann noch charakteristisch, daß die klinischen Erscheinungen nach Inhalt und Verlauf von der Art der ursächlichen psychischen Einwirkung abhängig sind. Die Hysterie, die zu den psychogenen Erkrankungen mit hinzugehört, zeigt gewisse Abweichungen von der Psychogenie im engeren Sinne, da bei ihr Symptome in hervorragendem Maße von Einflüssen bestimmt werden, die in der kranken Persönlichkeit selbst liegen. Es handelt sich also bei ihr um eine eigenartige Verarbeitung von psychischen Reizen.

Wir haben also bisher gesehen, daß Dementia praecox, Epilepsie, senile, paralytische Seelenstörungen zwar in der Haft ausbrechen oder oft auch erst bemerkt werden, daß aber ein direktes ursächliches Moment zur Krankheit in der Gefangenschaft in der Regel nicht besteht.

Andererseits gibt es nun aber auch Krankheitsbilder, die in der Freiheit nur höchst selten anzutreffen sind, von denen ein großer Teil zwar der Hysterie zuzurechnen ist, ein Teil aber zweifellos eine besondere Einteilung und Betrachtung erfordert. *Rüdin* ist das Verdienst zuzusprechen, hier Klarheit geschaffen zu haben. Er fand nämlich, daß es in der Haft paranoide Erkrankungen gibt, die nicht ins Gebiet der Hysterie fallen, die aber auch nicht wie beim Jugendirresein allmählich zur Verblödung führen. Er beschreibt zunächst den in der Haft entstehenden Verfolgungswahn und den präsenilen Begnadigungswahn. Der ungeheure Druck, der vornehmlich bei längerer Freiheitsstrafe auf den Gefangenen lastet, kann selbständige Krankheitsbilder paranoider Art erzeugen.

Oft kommt der Verfolgungswahn im Anschluß an irgendein äußeres Geschehen zur Entwicklung; der meist noch jugendliche Sträfling hört drohende und verspottende Stimmen, wähnt Gift im Essen, er hat allerlei unangenehme Empfindungen im Körper, er leidet unter Geruchstäuschungen, Aufseher und Mitgefangene hänseln ihn. Diese Trugwahrnehmungen werden immer zahlreicher, sie beherrschen ihn vollständig und verdichten sich immer mehr zu einem ausgesprochenen Verfolgungswahn, in dessen Mittelpunkt naturgemäß die Strafanstaltsbeamten stehen. Jede Krankheitseinsicht fehlt, starr und unbeugsam hält der Kranke an der Richtigkeit seines mit lebhaftem Affekt vorgebrachten Irrtums fest. Er lebt in einer großen inneren Spannung, die sich gelegentlich in Disziplinwidrigkeit Luft macht. Erfolgt darauf Bestrafung, so wird diese wieder im Sinne seines Verfolgungswahnes verarbeitet. Allmählich tritt manchmal insofern eine gewisse

Besserung ein, als die Ideen verblassen, während die Kranken andere Male, besonders wenn sie in den für sie ungünstigen Verhältnissen der Gefangenschaft bleiben, unerbittlich für ihr vermeintliches Recht weiter kämpfen. Es liegt in der Natur der Sache, daß oft ein Unschuldswahn hinzutritt; die zur Zeit der strafbaren Handlung tatsächlich vorhandenen Begebenheiten nehmen in der Erinnerung allmählich ein ganz anderes Bild an, sie werden völlig verwischt und verschoben, wobei als ursächliches Moment natürlich der Drang nach Freiheit eine ausschlaggebende Rolle spielt.

Ein Krankheitsbild ähnlicher Art bot eine jetzt in Sonnenstein untergebrachte Patientin.

R., geb. 8. XI. 1890, über erbliche Belastung nichts bekannt; in der Schule 1 mal sitzen geblieben; 2 mal wegen leichten, resp. schweren Diebstahls bestraft. Von jeher lügenhaft, klatschsüchtig, hinterlistig. 1919 zwei Morde begangen, einmal in Tateinheit mit versuchtem schweren Raub, ferner vollendete und versuchte schwere Urkundenfälschung (Testamente!). Während der Untersuchungshaft warf die R. Kassiber durchs Fenster, die so abgefaßt waren, als ob sie von dem wirklichen Täter stammten, der sie durch sein Geständnis entlasten wollte. Durch Schriftvergleichung wurde R. einwandfrei als Verfasserin festgestellt, auch wurden zwei neue Kassiber in ihren Kleidern gefunden. Sie wurde zweimal zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt. Vier Monate nach ihrer Einlieferung im Zuchthaus treten bei ihr Halluzinationen auf, sie hört Stimmen und sieht ein helles Licht; einige Wochen später zeigen sich Beeinträchtigungsideen, ferner meint sie, der Strafanstaltsarzt sei s. Zt. Schriftsachverständiger gewesen, auch gibt sie sich voll Stolz als Braut des Anstaltsgeistlichen aus; Hand in Hand damit geht dann ein unkorrigierbarer Unschuldswahn. In ihrer Stimmung ist sie sehr wechselnd, teils reizbar und abweisend, teils freundlich und zugänglich. R. kam dann in die Landesanstalt, wo sie auch heute noch fest von ihrer Unschuld überzeugt ist; sie ist fleißig, geordnet und ihre Stimmung ist, abgesehen von gelegentlichen leichten Schwankungen, gleichmäßig. —

Die Gefangenen kommen mit ihren mannigfachen Beschwerden Gesuchen usw. naturgemäß nicht zu ihrem gewünschten Ziel und die Folge davon ist dann oft, daß sie zu Haftquerulanten werden; erbittert kämpfen sie weiter, verbittert sind sie in ihrer Stimmung und häufig von stark gehobenem Selbstgefühl.

Ein sehr charakteristisches Bild zeigen ferner die Leute mit präsenilem Begnadigungswahn (*Rüdin*). Es handelt sich dabei um Personen, die lebenslängliche Zuchthausstrafe zu verbüßen haben. Nach Jahren treten sie, die sich etwa im Alter von Mitte 40 aufwärts bewegen, plötzlich mit der Behauptung hervor, begnadigt zu sein, nächtliche Stimmen haben es erzählt; genau schildern die Kranken

den Vorgang und sind unbelehrbar. Meist handelt es sich um Erinnerungsfälschungen, das Bewußtsein ist stets klar und ungetrübt. Ein Menschenalter haben sie den Druck der Gefangenschaft ausgehalten, dann werden sie körperlich frühzeitig alt und morsch und brechen seelisch zusammen; ihre Widerstandskraft ist zwar dahin, dafür ist aber die Hoffnung auf Freiheit eingezogen und schließlich zur Gewißheit geworden, sie sind begnadigt und damit erlöst von aller Qual.

Bei den bisher geschilderten Krankheitsbildern, dem Verfolgungswahn, dem Unschuldswahn, dem Querulieren und dem präsenilen Beeinträchtigungswahn bezogen sich also die krankhaften Wahrnehmungen und Vorstellungen immer auf die Gefangenschaft, man hat es also bei diesen eigentlichen Haftpsychosen mit „Haftkomplexen" zu tun.

Außerdem gibt es noch Krankheitsformen, bei denen für die Entstehungsgeschichte die Haft mehr als auslösende Ursache in Frage kommt, das sind die wahnhaften Einbildungen der Degenerativen (*Birnbaum*). Bei diesem Gefangenenwahnsinn (*Kraepelin*) finden sich zwar delirante Züge, eine erheblichere oder gar längere Bewußtseinstrübung besteht aber nicht. Schimpfende Stimmen und drohende Gestalten geben die Ursache für einen ausgesprochenen Verfolgungswahn; daneben werden Größenideen geäußert, abenteuerliche Pläne entwickelt usw. Charakteristisch ist dabei, daß alle Wahrnehmungen und Gedanken nicht tief sitzen und nicht fest haften, die Kranken „ahnen" dies und jenes, weshalb man auch von „wahnhaften Einbildungen" (*Birnbaum*) spricht; die Kranken sind dabei oft desorientiert, leicht verwirrt und zerfahren. Sie gehören sicherlich zu den Psychopathen, waren sie doch früher vielfach weichlich und phantasiereich, oder anderseits auch reizbar, nichtsnutzig, andere waren pathologische Lügner und Schwindler. Dieser Gefangenenwahnsinn *Kraepelins* beruht also gleichfalls auf Krankheitsanlage, wie auch bei den Haftpsychosen (Verfolgungswahn, Haftquerulanten, präseniler Beeinträchtigungswahn) im engeren Sinne.

Differentialdiagnostisch kommt der Beginn eines Jugendirreseins, ein Haftstupor, ein „Ganser"-Zustand in Betracht. Die Beantwortung dieser Frage kann nur von Fall zu Fall gegeben werden, oft erst später bei Erhebung der Katamnese.

Es sollen nun noch der *Ganser*sche Dämmerzustand und der Haftstupor von *Raecke* besprochen werden:

Bei Hysterischen beeinflussen Gemütsbewegungen nicht nur abnorm leicht das gesamte Seelenleben, sondern sie bedingen auch

mannigfache körperliche Krankheitserscheinungen, z. B. Mißempfinden, Lähmungen, Krämpfe, Störungen der Drüsentätigkeit, der Gefäßinnervation usw. Hysterische weisen eine gesteigerte gemütliche Erregbarkeit auf, sie sind leicht beeinflußbar, launenhaft, triebhaft, unüberlegt. Schon unbedeutende Reize lösen bei ihnen starke Reaktionen aus, ein geringfügiger Anlaß bedingt stundenlanges Schluchzen; zittert der Normale bei großer Erregung nur leicht, so stellt sich bei Hysterischen Gliederschlottern, Unfähigkeit zu gehen und zu stehen, zu sprechen und dgl. mehr ein. Starke Übertreibung aller Ausdrucksformen ist unverkennbar.

Die gesteigerte Erregbarkeit zeigt sich auch in einer außerordentlich lebhaften Einbildungskraft, die sogar zum Wachträumen führt. Heftige gemütliche Erregungen erzeugen eine gewisse Einengung, ja sogar Trübung des Bewußtseins. Vergegenwärtigt man sich diesen Charakter der Hysterischen, so drängt sich ohne weiteres der Gedanke auf, daß Strafe und Untersuchungshaft für derartige Personen von einschneidender Bedeutung sein können, und dem ist auch tatsächlich so. Es finden sich nämlich, besonders nach größerer gemütlicher Erregung, bei ihnen gar nicht selten Dämmerzustände, d. h. das Bewußtsein ist getrübt und delirante Störungen der Wahrnehmung und des Handelns treten auf. Beim Nachtwandeln, ja sogar schon beim Einschlafen stellen sich Verwirrtheitszustände ein, teils mit Erregung, teils mit läppischer Färbung; beim hysterischen Wandertrieb sind gleichfalls Bewußtseinstrübungen in Form traumhafter Benommenheit zu konstatieren. In anderen Fällen überwiegt die delirante Form mit ihren zahlreichen Sinnestäuschungen und abenteuerlichen Wahnbildern, in deren Verlauf die Kranken alles mögliche erleben; Verfolgungs- und Größenideen schieben sich ein.

Schon der Gesunde ist vielfach bestrebt, unangenehme Eindrücke und Erlebnisse absichtlich und zielbewußt zu verdrängen, indem er sich ablenkt und zerstreut. In erhöhtem Maße machen wir diese Beobachtung bei der Hysterie; haben Personen mit einer derartigen Krankheitsanlage z. B. eine strafbare Handlung begangen, so suchen sie mit aller Kraft die damit im Zusammenhang stehenden Vorstellungen und Einfälle aus ihrem Bewußtsein zu verdrängen; die Folge davon ist, daß sie in einen traumhaften Zustand geraten, wie wir ihn oben schilderten; es handelt sich also um eine ausgesprochene Fluchtreaktion. *Ganser* darf das große Verdienst für sich in Anspruch nehmen, diese Erscheinungen der Gefangenen mit der Hysterie in ursächlichen Zusammenhang gebracht zu haben. Die hysterischen

Verdrängungserscheinungen geben nämlich ganz eigenartige Krankheitsbilder, von denen zuerst das Vorbeireden aufgefallen ist. Fragt man, wieviel Augen der Mensch hat, so heißt es: 3; 2 × 2 = 5, die Zahlen von 1—10 lauten: 1, 3, 5, 2, 6, 8, 9, 10; sollen die Kranken ihren Vornamen schreiben, so schreiben sie das Wort „Vorname“, andere kennen Alter und Namen nicht mehr, können Geldstücke nicht mehr zusammenzählen usw. Während einzelne Kranke ruhig und teilnahmlos daliegen, zeigen andere Unruhe, besonders des Nachts, und Erregungen; sie schreien, singen und tanzen, grimassieren, sind drohend und gewalttätig, dabei aber meist beeinflußbar. Das Krankheitsbild wechselt und schwankt, Verschlechterungen finden sich charakteristischerweise nach Verhören, Briefen, Besuchen und dgl.

Diese deliranten Dämmerzustände können Tage und Wochen währen, manchmal sich über Monate, in seltenen Fällen über Jahre erstrecken; kurze klare Zwischenräume schieben sich ein. Auf körperlichem Gebiet bestehen besonders Empfindungsstörungen, auch Krampfanfälle, konzentrische Gesichtsfeldeinengung, Zittern, Geh- und Sprachstörungen sind anzutreffen.

Allmählich schwinden die psychischen Störungen, die Erinnerung daran ist entweder stark gemindert oder auch ganz aufgehoben. Straf- und Untersuchungsgefangene können bei entsprechender hysterischer Konstitution an derartigen Dämmerzuständen erkranken, Verhaftungen und Verhöre mit ihren heftigen Gemütserregungen geben hierzu oft den Anlaß.

Mit diesen *Ganser*schen Dämmerzuständen in enger Beziehung steht der von *Raecke* beschriebene Haftstupor, der meist in der Untersuchungshaft auftritt mit ihrer gemütlichen Erschütterung und ihrem tatenlosen Dasein. Auch hier handelt es sich um hysterische Personen mit Bewußtseinstrübungen und hysterischen Verdrängungserscheinungen. Die Kranken sind mürrisch, teilnahmlos, untätig, oft reizbar und niedergeschlagen, sie reagieren nicht auf Anrede, starren vor sich hin und begehen auch oft unsinnige Handlungen. Ihr Verhalten ist kein triebartiges wie beim Jugendirresein, sondern es ist durch Vorstellungen und Gemütsbewegungen bestimmt. Diese Stuporzustände währen Wochen bis Monate. Durch äußere Vorgänge sind sie entschieden zu beeinflussen. Ist z. B. ein derartiger Gefangener entlassen, so benimmt er sich in der Freiheit unauffällig und geht seiner Beschäftigung nach. Im allgemeinen aber klingt der Krankheitsprozeß allmählich ab und die Erinnerung an ihn ist immer nur höchst unklar.

Innige Beziehungen bestehen zwischen Hysterie und Psychopathie, ja man kann sogar sagen, die Hysterischen bilden nur eine Untergruppe der krankhaften Persönlichkeiten, sind doch auch bei diesen weniger die höheren Verstandsleistungen betroffen, liegt doch vielmehr eine Entwicklungshemmung auf dem Gebiete des Willens und des Trieblebens vor. Unter diesen Umständen ist es nur zu verständlich, wenn wir auch bei den Psychopathen Verstimmungen und besonders auch Erregungszustände während der Haft antreffen, ein dem Arzt und den Beamten der Strafanstalt nur zu geläufiges Bild. Gelegenheit ist dazu um so mehr gegeben, als derartige Psychopathen oft schon von Haus aus sehr erregbar sind; andere wieder sind häufig in den Gefängnissen zu sehen, weil sie als Haltlose und Gesellschaftsfeinde die mannigfachsten strafbaren Handlungen begehen, und schließlich stoßen sich derartige Leute natürlich häufig an dem ganzen Betrieb einer Strafanstalt. Ihre Stimmung wechselt schnell, maßlos sind sie in ihren Gefühlsausbrüchen und Selbstbeherrschung mangelt ihnen völlig; Krampfanfälle und Visionen fehlen nicht. Schreckhaft, zerfahren, ev. auch unbesinnlich können die Psychopathen in der Haft sein, ihre gemütliche Erregung kann sich in der Enge des Gefängnisses bis zum Stupor steigern. Bei anderen wieder zeigt sich eine ausgeprägte Haftpsychose mit Sinnestäuschungen, Verfolgungs- und Größenideen, gerade so wie bei den *Ganser*schen Dämmerzuständen. Manchmal zeigt sich auch ein mehr querulatorisches Krankheitsbild, das dem der Freiheit entspricht und nur durch die Haft eine spezifische Färbung erhält. Die Gesellschaftsfeinde sind in der Gefangenschaft oft schweigsam, oder sie leisten passiven Widerstand, hetzen und wühlen; Geistesstörungen täuschen sie manchmal vor und dies veranlaßt mich, noch ein Wort über die Simulation zu sagen. Vortäuschung von Geisteskrankheit kommt im Gegensatz zu der weitverbreiteten Ansicht der Laien bei geistesgesunden Personen relativ selten vor. Sie ist lediglich ein Schutzmittel der Haltlosen und Willensschwachen, die den Widerstreit mit dem Strafgesetz nicht zu Ende bringen wollen. Dabei ist es eine Erfahrungstatsache, daß es äußerst schwierig ist, längere Zeit hindurch den Geisteskranken zu spielen, ohne sich in Widersprüche zu verwickeln. Markiert der Gefangene den „wilden Mann", so merkt man bei sorgfältiger Beobachtung doch bald, daß eine innere Erregung ihm fehlt; einen Blödsinnigen nachzuahmen ist leichter.

Welche Schritte sind nun zu ergreifen bei Gefangenen mit seelischen Störungen?

Liegt Jugendirresein, Paralyse, Greisenblödsinn vor, so ist natürlich Überführung in eine Irrenanstalt nötig, die Strafunterbrechung ist dann dauernd.

Schwieriger liegen in mancher Hinsicht die Verhältnisse bei den funktionellen Psychosen, wie Hysterie und Psychopathie, und bei der Epilepsie, bei welchen es weniger auf die Krankheit selbst, als vielmehr auf den Grad, in dem sie auftritt, ankommt. In den ersten Anfängen und in den leichtesten Fällen kommt man vielleicht mit einem Wechsel von Einzelzelle und Gemeinschaftshaft, resp. umgekehrt, aus; meist genügt das aber nicht. Es empfiehlt sich daher, derartige Häftlinge auf eine psychiatrische Abteilung zu verlegen. Ein solcher Milieuwechsel ist sehr zweckmäßig, der Stupor, die ängstlichen Halluzinationen gehen dann oft schnell zurück. Einen hierher gehörigen Fall hatte ich vor zwei Jahren zu beobachten Gelegenheit.

Ein 19j. Gärtnerlehrling aus der Tschechoslowakei hatte in Sachsen allerlei unerlaubte Einkäufe gemacht; er wurde abgefaßt und zu mehreren Tagen Haft verurteilt. In der Gefängniszelle begann er nach kurzer Zeit ängstlich zu werden, er wand sich auf dem Fußboden und glaubte sich verfolgt und bedroht. Am nächsten Tag kam er nach der Heilanstalt Sonnenstein, wo er schläfrig war und über Kopfschmerzen klagte; Halluzinationen bestanden nicht mehr. Auf körperlichem Gebiet fiel auf, daß Augenbindehaut- und Würgreflex fehlten und daß überall, besonders aber auf der linken Seite, die Empfindung für Schmerz erheblich herabgesetzt war. Der Kranke erholte sich rasch und kam nach 14 Tagen in die Haft zurück, wo er noch 2 Tage bis zu seiner Entlassung ohne irgendwelche Störungen verblieb.

Wie schon erwähnt, darf man derartige Besserungen nicht mit Simulation in Verwechslung bringen, um so weniger, als Besserung nach Ortsveränderungen auch bei endogenen Geisteskrankheiten beobachtet wird. Erst kürzlich machte ich eine dementsprechende Erfahrung: wir erhielten aus einer anderen Anstalt eine Dementia präcox-Kranke, die dort in den letzten zwei Monaten täglich mit der Sonde ernährt worden war. Am ersten Morgen nahm sie hier von selbst die ihr gereichten Speisen und tut dies bis auf den heutigen Tag. — Standen Wahnideen bei degenerativen Personen im Vordergrund, so gehen sie oft, fern der Haft, mehr oder weniger vollkommen zurück; ein Wiederaufnahmeverfahren des Strafvollzuges muß der Arzt dann auf Anfrage des Gerichts bejahen, falls er nicht nach Lage des ganzen Falles mit hochgradiger Erregung und starkem Wiedereinsetzen der Krankheitserscheinungen rechnen muß.

Handelt es sich um Grenzzustände der Strafvollzugsunfähigkeit

und ist der Rest der zu verbüßenden Strafe nicht mehr sehr groß, so dürfte es sowohl vom medizinischen, wie auch vom juristischen Standpunkte aus zweckmäßig sein, keine Unterbrechung der Haft und dann später wieder eine Rückversetzung in das Gefängnis vorzunehmen — es sei denn, der Grad der Krankheit macht dies nötig —, sondern man wird, wenn möglich, die Strafe zu Ende verbüßen lassen.

Eine besondere Crux bilden die Psychopathen; im Einvernehmen mit dem Arzt sollen hier die Strafanstaltsbeamten Milde und Strenge in der richtigen Weise gebrauchen und diese Leute möglichst zur Arbeit, tunlichst in freier Luft, heranziehen. Treten Erregungszustände und Disziplinwidrigkeiten auf, so empfiehlt es sich, den Betreffenden auf die Krankenabteilung zu verlegen; nach 1—2 Tagen kann man dann in der Regel mit ihm über den Vorfall reden und findet nicht selten leidliche Einsicht.

Zusammenfassung.

Die Haft- und Gefängnispsychosen sind keine einheitliche, besondere Krankheitsgruppe, sondern man will damit verschiedene psychische Störungen bezeichnen, die bei Internierten auftreten. Seelische Aufregungen über Verhaftungen und Verhöre, Angst über die ungewisse Zukunft und Reue wegen der strafbaren Handlung sind hier neben psychopathischer und vererbter Disposition für das Zustandekommen der psychischen Störungen zweifellos von Bedeutung; ebenso wie das ganze Milieu der Strafanstalt eine Rolle spielt.

Alle Krankheitsgruppen, denen man auch sonst begegnet, können auch in der Haft zuerst oder rezidivierend sich bemerkbar machen, z. B. Paralyse, senile Demenz, epileptische Störungen, manisch-depressive Zustände und Residuen alkoholischer Degeneration.

Jugendirresein kann in der Gefangenschaft ausbrechen und völlig dem in der Freiheit gleichen, andrerseits gibt es aber bei dieser Krankheit auch Krankheitsbilder, die paranoiden Charakter tragen und die ihrem Inhalt und ihrer Färbung nach innige Beziehungen zum Haftmilieu erkennen lassen. Daß sie in der Haft erstmalig entstehen können, ist sicher, ob sie aber durch die Haft allein ausgelöst sind, erscheint ungewiß.

Sodann gibt es Psychosen, die als Reaktion auf die Haft bei Leuten mit degenerativer Veranlagung auftreten: *Rüdins* Verfolgungswahn, Haftquerulantenwahn, präseniler Beeinträchtigungswahn, *Kraepelins* halluzinatorischer Gefangenenwahnsinn, *Ganser*scher Dämmerzustand und *Raecke*scher Haftstupor.

Schwächliche Personen zeigen eine deutliche Fluchtreaktion in Gestalt des *Ganser* Zustandes und des *Rüdin*schen Begnadigungswahnes der Lebenslänglichen, während widerstandsfähige Naturen den Kampf gegen die Unbilden der Haft aufnehmen und zu Haftquerulanten werden, also eine ausgesprochene Kampfreaktion aufweisen; hiervon gibt es auch Mischformen.

Benutzte Literatur.

Birnbaum, „Psychose mit Wahnbildung und wahnhaften Einbildungen bei Degenerierten". 1908.

Foersterling, „Über die paranoiden Reaktionen in der Haft". Abhandlungen aus der Neurol., Psych. etc. Heft 19. 1923.

Ganser, „Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand". Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898.

Kirn, „Psychosen in der Strafanstalt in ätiol., klin. und forenser Beziehung." Allg. Zeitschr. f. Psych. 45. Bd.

Kraepelin, Lehrbuch für Psychiatrie. 8. Aufl.

Lücke, „Über das Ganser'sche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensen Bedeutung". Allg. Zeitschr. f. Psych. 60. Bd.

Raecke, „Beitrag z. Kenntnis des hyster. Dämmerzustandes". Allg. Zeitschrift für Psych. 58. Bd.

Derselbe, „Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen". Allg. Zeitschr. f. Psych. 58. Bd.

Rüdin, „Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen". Allg. Zeitschr. f. Psych. 58. Bd.

Derselbe, „Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten". Habil.-Schrift, München 1909.

Siefert, „Über die Geistesstörungen der Strafhaft mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber". Marhold-Halle, 1907.

Wilmanns, „Über Gefängnispsychosen". Marhold-Halle. 1908.

Seelenkundliches zum Charakterbilde König Ludwigs II. von Bayern, zugleich ein Beitrag zur krankhaften Entartung des Ichtriebes in Narzißmus.

Von

Dr. med. **Rhaban Liertz,** Bad Homburg.

Eine der vielen seelenkundlichen Klärungen, welche uns die Psychanalyse gebracht hat, ist die Umschreibung des Krankheitsbegriffes „Narzißmus". Der Name wurde aus der griechischen Sagenwelt entlehnt, welche erzählt, daß ein Jüngling Narziß beim Anblick seines Spiegelbildes im Wasser so entzückt über dessen Schönheit gewesen ist, daß er versucht habe, dasselbe zu umarmen. Bei diesem Versuche sei er ertrunken und an seiner Stelle die Blume „Narzisse" emporgewachsen. Der Begriff des Narzißmus wurde zur Bezeichnung jenes Verhaltens gewählt, bei dem ein Kranker den eigenen Leib in ähnlicher Weise behandelt wie sonst den eines geliebten Wesens, ihn also mit Wohlgefallen beschaut, streichelt, liebkost, bis er durch diese Vornahme zur vollen geschlechtlichen Befriedigung gelangt. Es handelt sich dabei um eine Abirrung des Geschlechtsempfindens, bei welcher der Erwachsene den eigenen Leib mit all den Zärtlichkeiten bedenkt, die man sonst für ein fremdes Sexualobjekt aufwendet. Dieser Krankheitszustand ist das eine Endglied einer Entwicklungsreihe, welche entweder in einem Steckenbleiben des Seelenlebens in der Kindheit und dann Vergrößerung dieses Kindbleibens charakterisiert ist, oder aber er ist das Endbild eines Trauerspiels, bei dem ein verschmähter Liebhaber sich zwar von dem Liebesobjekt zurückgezogen hat, aber durch einen Vorgang, den *Freund* narzißtische Identifizierung nennt, das Objekt im Ich selbst errichtet hat, gleichsam auf das Ich übertragen hat. Dies Krankheitsbild zeigt sich dann zuweilen in der Form der Schwermut, deren erbarmungslose Selbstvorwürfe eigentlich einer anderen Person gelten, dem Sexualobjekt, welches verloren ging oder das durch seine Schuld entwertet worden ist. Zwischen diesen ausgesprochenen krankhaften Entartungen des Seelenlebens gibt es unzählige Spielarten, bei denen einmal das Schwermutmotiv tonangebend ist, das andere Mal sogar lustbetonteste Erweiterungen des narzißtisch geliebten Ichs Staffage für den narzißtischen Typus abgibt. Das Kind zeigt stark ichliebende Charakterzüge, welche starklustbetont sind und so manches Ergötzen der beobachtenden Erwachsenen verursachen. Mit steigender Ausbildung des Ichbewußtseins kann sich als Er-

ziehungsprodukt der Narzißmus wie eine lebensdrangbesetzte Ergänzung zum Egoismus des Selbsterhaltungstriebes, von dem jedem Menschen mit Recht ein Stück zugeschrieben wird, hinzuentwickeln. Normalerweise kommt bei der Weiterentwickelung des Ichtriebes zur Zeit der Geschlechtsreife eine Liebesobjektwahl außerhalb der Person zustande, wodurch der Lebensdrang eine Ablenkung vom Ich durch diese Objektbesetzung erfährt. Manche Menschen stellen sich aber auch hierbei in der Form ein, daß sie offenkundig sich selbst als Liebesobjekt suchen, und zeigen so den narzißtischen Typus der Objektwahl, die jegliche Unterlagen für eine unbefriedigende, unglückliche Ehe in sich schließt, da das Objekt nicht die in ihm gesuchten und deshalb geliebten Eigenschaften des Ichs besitzt. Die allgemeine Entwicklung des Ichs dürfte wohl in einer Entfernung vom primären kindlichen Egoismus bestehen. Wird diese nicht dauernd durchgeführt, so wird der den Personen und Dingen der Außenwelt entzogene Lebensdrang dem Ich wieder zugeführt, und es erscheint der Narzißmus als eine stark lustbetonte Ergänzung des Egoismus. Das Ich nimmt sich selbst zum Objekt, wobei dann der Lebensdrang in seiner Vervollkommnung durch die sexuelle Komponente wieder zurückschreitet auf das primitive Anfangsstadium des Kindheitszustandes.

Das Selbstgefühl auch in seiner Normalform erscheint uns als Ausdruck der Ichgröße. Alles, was man besitzt oder erreicht hat, jeder durch die Erfahrung bestätigte Rest des primitiven Allmachtsgefühls hilft das Selbstgefühl steigern.

Wenn auch der Narzißmus sekundär auftritt und eine den Objekten entzogene Gefühlsabirrung bedeutet, so braucht diese Entziehung nicht eine vollständige Abwendung von der Außenwelt zu umfassen. Allerdings schwindet die Beziehung zur Wirklichkeit, aber die erotische Beziehung wird noch in der Phantasie festgehalten, indem eingebildete Objekte in der Erinnerung bleiben oder diese mit ihnen vermengt wird. Die Rückkehr der Empfindungsmenge vom Objekt zum Ich, deren Verwandlung in Narzißmus, stellt gleichsam wieder eine glückliche Liebe dar. So erscheint der echte Narzißt als ein in sich selbst glücklich Verliebter, der sich entsprechend der verliebten Überwertung für einen Sondermenschen, einen Auserwählten hält. Ihm ist auch eigen die Schaulust in übertriebenem Maße, die in hochgradiger Abirrung in eine Sichsichselbstzeigelust ausarten kann, deren Ziel die Selbstvergottung ist.

In ethischer Beziehung können wir die Zielstrebigkeit des Lebenstriebes in verschiedener Weise bewerten. Anfangs geht das Streben derart auf Lebenserhaltung aus, daß die Außenwelt nur seinen Zwecken dienstbar gemacht wird. „Das Ich stellt sich zum Objekt in der Absicht des Nutzeffektes oder der Abwendung einer Unlust. Die Gefühlsbetonung gehört im Streben und in der Befriedigung weder der Objektsvorstellung als solcher, noch der Funktion des Gewinnens oder Besitzens als solchen, sondern dem ganzen Prozeß und seinem Ergebnis an. Nun aber kann und wird unter dem Einfluß bestimmter Erfahrungen eine Gefühlsumlagerung zustande kommen. Unter Umständen stößt der Mensch an den äußeren Objekten an; dann wird ihre Vorstellung zuletzt selber unlustbetont, und der Trieb zieht sich von ihr zurück. Zunächst sucht er andere Objekte in der Außenwelt, die seinem Bedürfnis genügen können; findet er sie aber nirgends, so ent-

steht zuletzt eine Introversion, eine Innenwendung, bei welcher der Mensch sich in sich selbst verkriecht. Dabei wird das Ich überbetont. Während ursprünglich nicht bewußt war, daß es sich um den Vorteil des Ichs handle, wird dies nun in den Vordergrund gestellt. Oder es erlangen einzelne Funktionen eine stärkere Betonung. Das normale Gefühl der Kraft, des Könnens, zuvor eine Nebenerscheinung bei der Gewinnung einer befriedigenden Stellung zur Außenwelt, wird so stark überladen, daß es Selbstzweck wird. Oder es treten einzelne Funktionen stärker hervor, z. B. nach Mißerfolgen und Hemmungen des Gefühlslebens das Denken. So wird infolge der Nichtbefriedigung des Triebanspruches durch die Außenwelt eine Introversion geschaffen, die dann wieder zur stärkeren Betonung des Ichgefühles, zum Streben nach Erhöhung der Ichwerte oder einzelner selbstbezogener Werte führt" (Pfister).

Wenn wir das Charakterbild des Königs Ludwig II. von Bayern, einer markanten Figur auf dem Throne der Wittelsbacher, seelenkundlich betrachten, dann treten uns zwei Tatsachen besonders in die Erscheinung, erstens die Schöpfung unvergleichlich schöner Königsschlösser dieses Romantikers auf dem Königsthrone als sein ureigenstes Werk und zweitens sein tragisches Ende von Wahnsinn umnachtet in den Fluten des Starnberger Sees. Diese beiden Kontrastpunkte seines Lebens erscheinen auf den ersten Blick unzusammenhängend, ja unbegreiflich, diese übersprudelnde Lebensbejahung, wie sie sich in der Schönheit seiner Baukunstwerke darbietet, und dieser Höhepunkt von Lebensverneinung, die ihn in die Fluten des Sees getrieben hat. Zur Lösung dieses Rätsels bedarf es zunächst der Beantwortung einer Vorfrage: Welcher Unterschied ist eigentlich zwischen einem Geistesgesunden und einem Wahnsinnigen? Wenn auch der Kontrast dieser beiden Geistesrichtungen bei oberflächlicher Betrachtungsweise stark in die Erscheinung tritt, so verschwinden die Konturen dieser Scharfmalerei bei seelenmikroskopischer Betrachtung. Sind nicht die Wahnbilder unserer Kindheit wahnsinnige Gedanken! Leben nicht viele sogenannte Geistesgesunde in Wahnvorstellungen, deren Verwirklichung unmöglich, deren Zusammenstoß mit der Wirklichkeit manchmal grausig im Einzelleben ist. Das Kind ist entzückt von seinen Tagträumen, der Geisteskranke will nicht das Wahnhafte seiner Vorstellungen einsehen, wobei dies Nichtwollen einem Nichtkönnen gleichkommt. Würde alles als Wahn erscheinen, was es wirklich ist, so wäre dies ein Zusammenbruch des ganzen Persönlichkeitsgebäudes; diese Entmutigung wäre unerträglich, zu stark unlustbetont, da ja diese Wahnwelt aus der Entmutigung über die Wirklichkeit geboren ist, ein künstliches Wahnfried bedeutet, da zu einer anderen Anpassung es dem Träger an der seelischen Kraft mangelte. Der

Geisteskranke als seelisches Entwicklungsphänomen ist ein großgewordenes Kind, wobei das Kindliche Größenausmaß erhalten hat, aber auch das Unreife des Unausgewachsenen in sich birgt. Die Wahnvorstellung, welche den Geisteskranken beherrscht, ist logisch aus seiner Geistesverfassung oder Entwicklung entstanden, mag sie auch sonst die reinsten Illogismen in sich schließen. Das wahnsinnig Kindliche in seiner ureigenstlogischen Konsequenz macht den Menschen zum Geisteskranken, dem das fehlt, was als Korrelat der Körperentwicklung die Geistesbildung des Erwachsenen ausmacht, nämlich die konsequente Beherrschung der Gefühlswelt durch den Verstand. Das Wahnsinnige des Wahnsinnigen ist das Charakteristikum des Geisteskranken, aber hierzu muß noch etwas kommen, was das Ganze zur Geisteskrankheit stempelt; denn welcher Mensch hätte nicht schon in irgend einem Lebensabschnitte wahnsinnige Phantasien gehabt? Seelisch muß noch hinzukommen das Beharrungsvermögen in den wahnsinnigen Phantasien, der Eigensinn des Trägers dieser Wahnideen, der in sich äußerst konsequent das Inkonsequenteste zu seiner Wirklichkeit gestaltet. Ein Blinder kann eher den Begriff der Farbenlehre und der Farben an sich erfassen als der Geisteskranke die Wahnhaftigkeit seiner Ideen, die ihn beherrschen, an denen er aber auch mit kindlicher Zähigkeit hängt. Das Wesentliche an seiner Fiktion, an seinem Wahn ist: Flucht vor der Wirklichkeit und Angst vor dem Lebensziel. So stellt die Geisteskrankheit, um einen Vergleich aus dem Körperlichen zu nehmen, dasselbe dar, wie vielleicht das Krebsleiden, der letzte Versuch des Organismus mit etwas Unüberwindlichem fertig zu werden, nämlich der Entmutigung, bei welchem Kampfe wie beim Krebsleiden alle Körperkräfte zur Erreichung dieses Zieles eingesetzt werden ebenso hier alle Geisteskräfte herausgeholt werden. Dieser Verbrauch aller Lebenskräfte, ein echter Raubbau, zur Heilung des einen Körperschadens führt zur Erzeugung unzähliger Körperzellen an der betreffenden Stelle, zur Krebsgeschwulst, die in ihrem Zerfall oder ihrer inneren Lebensunfähigkeit wegen Übersteigerung der Lebenskräfte zur Krebsschwindsucht, zum Körpertode führt. Ebenso führt die rasende Produktion von Phantasien und Gedanken zur Überreizung des Denkorganes, des Gehirns, endigt in Geisteskrankheit, in endlicher, geistiger Umnachtung, dem geistigen Tode. Aus dieser Überanstrengung und Überproduktion erklärt sich auch die Weltfremdheit, die Isolierung des Geisteskranken. Da alles sich nur auf die Verarbeitung der Ideen in seinem Innern stürzt, bleibt kein Raum für die Beachtung der Welt um ihn. Es existiert nur mehr die Innenwelt, die Außenwelt nur in so

weit als sie für den namenlos schweren Kampf im Innern Munition abgeben kann. Das unvergleichliche geistige Elend, die unermeßlich große Seelennot eines Geisteskranken kennt keine Grenzen, keine Ruhepunkte. Das Oberbewußtsein ist vom Throne gestürzt, das den Lebenswagen lenken soll, und unaufhaltsam wird der Mensch vorwärtsgepeitscht von den Kräften, die aus der Tiefe des Unterbewußten empordrängen.

Nach diesen und mit Hülfe dieser seelenkundlichen Vorbemerkungen können wir besser ausgerüstet als bisherige Forscher an das Trauerspiel herantreten, das den Titanenkampf eines Menschen darstellt mit der Überschrift: Ludwig II. Ein Ringen wars, doch kein Reifen, was diese Menschenseele durchmachte, titanenhaft nur in seinen Wünschen und Plänen, nicht aber in seiner Kraft. Durch dieses Drama der Seele eines Königs zieht sich wie ein tragisches Leitmotiv der Narzißmus, manchmal fast versteckt, nur in Begleitstellen angedeutet, einandermal im Fortimisso das ganze Szenenbild beherrschend und dann wie alles Absurde, Künstliche, Kranke mehr mitleiderregend, selbst abstoßend, niemals aber Bewunderung abringend oder als nachahmenswertes Beispiel in die Erscheinung tretend. Der Beobachter muß sich immer wieder die Frage stellen: Cui bono? und erhält die traurige Antwort der Tatsache: zur Selbstvergottung!

Im nachfolgenden soll nicht der Versuch gemacht werden, ein vollständiges Lebensbild Ludwigs II. aufzurollen, das als solches reich an Selbstgefälligkeit war, aber im ganzen uninteressant verlaufen ist und wie alles Krankhafte für die Allgemeinheit kaum der Rede wert erscheint. Nur einzelne Sätze dieser Disharmonie, welche ein Menschenleben bedeutet, Blickpunkte, von denen aus dieses fast unverständliche Fürstenleben bescheinwerfert etwas geklärt erscheint, sollen hier seelenkundlich gesammelt werden. Hierbei leitet uns der Gedanke, daß für die Fragen normaler Lebensentwicklung die Etappen eines geisteskrank verlaufenden Seelenlebens nicht ohne Wert sein dürften, selbst wenn wie in diesem Falle dasselbe katastrophal endigte und so verlaufen mußte, weil nicht zu einer Symphonie zusammenklingen konnte, was maßlos war infolge der verschwenderischen Fülle von Auswirkungsmöglichkeiten, die diesem Menschenkinde durch den Stand seiner Wiege geboten waren.

Das Vererbte und Anerzogene sind zwei Mächte, welche das Seelenleben des Menschen zum großen Teil bestimmen, wobei das Anerzogene aus Fremderziehung, Milieueinwirkung und Selbsterziehung sich zusammensetzt. Aus ihnen kann man nicht nur die Taten eines Menschen

erklären, sondern sogar zukünftige Handlungsweisen desselben mutmaßen. Die Wirkung jener zwei Mächte tritt um so deutlicher hervor, je weniger die betreffende Persönlichkeit in der Entwicklung ihres Ichs gehemmt wird, und je höher sie durch ihre Geburt sich über das allgemeine Menschenniveau erhebt. Kein Wunder also, daß sich diese bei König Ludwig so augenscheinlich ausprägt.

Ludwig entstammte einer Familie, in der der Altersunterschied der Eltern 14 Jahre betrug, die Mutter war bei der Geburt des Sohnes 20 Jahre, der Vater, welcher viel an Kopfbeschwerden litt, starb an Körperverbrauch mit 43 Jahren, den Nachwehen einer in den Jünglingsjahren überstandenen Erkrankung. Beide einzigen Kinder dieser Ehe starben in geistiger Umnachtung. Ludwig hatte eine sehr zarte Konstitution, die unausgewachsen schon mit 19 Jahren durch den Regierungsantritt überbelastet wurde. Körperlich war der König auch nicht gesund, er litt viel an Kopfschmerzen und an einer starken Überreizbarkeit der Nerven. Wegen geringfügiger Anstände konnte er in maßlosen Zorn geraten und trotz aller Erschlaffung und Müdigkeit fühlte er sich stets ruhelos. — So gern der König lachte, so peinlich war ihm eine lächerliche Lage. Sein schadhaftes und dadurch unschönes Gebiß machte ihm viel zu schaffen, war ihm unangenehm, und so hielt er sich jeden mit ihm Sprechenden weit vom Leibe, damit sein Gegenüber diesen Fehler nicht sehen sollte. Störungen wohl in den inneren Blutdrüsen wirkten stark hemmend auf seine Körperfunktionen ein, verschafften ihm mit den Jahren eine stark störende zunehmende Körperfülle, wie sie andererseits die Unterlagen der Überreizbarkeit und Überempfindlichkeit bildeten. Bei dem schwärmerischen Idealisten blieben die Schwierigkeiten politischer unerquicklicher Momente nicht ohne bedeutsamen Einfluß auf seine reizbare Empfindlichkeit, weshalb er sich in die Einsamkeit zurückzog. Wenn deshalb manche erlittene herbe Enttäuschung bei den mit besten Absichten in Angriff genommenen Staatsgeschäften immer wieder sich in die Seele bohrten, so konnte dies nur geschehen, weil der König allmählich ganz unter die Herrschaft seiner Krankheit kam, nachdem zunächst neben der kranken Geistesströmung eine gesunde einherging, die mit außerordentlicher Willenskraft, einem Charakteristikum dieser Naturen, es ihm ermöglichte, logisch zu denken und zielbewußt zu handeln, bis die Reste dieses gesunden Seelenlebens völlig in der Geistesumnachtung untertauchten, und die Widerstandskraft des Königs gegen die einem Versinken gleichende Entwicklung seiner Krankheit allmählich erlahmte. Seine oft außerordentliche Liebenswürdigkeit, sein sympathisches

Wesen äußerte sich nicht nur im persönlichen Umgang, in geistessprühender Unterhaltung, wobei sich niemand dem Zauber seiner Persönlichkeit entziehen konnte, sie trat auch in seinen schriftlichen Kundgebungen zutage, wenn er — nicht gereizt war, denn dann war er Jupiter tonans, und die sonst wohl seelenvollen, tiefblauen Augen, die mit rätselvollen Banden jeden durch ihren freundlichen Blick sich beglückt Fühlenden an sich fesselten, glühten dann in verzehrendem, flackerndem Feuer.

Ein Infantilismus des Seelenlebens ließ Ludwig mit einer kindlich naiven, das Märchenhafte bis ans äußerste verfolgenden Phantasie jede Einzelheiten deutscher Sagen aussinnen, was dann für die schaffenden Künstler sehr anregend wirkte. Diese auch im Erwachsenen noch wirkende zarte Jünglingsseele mußte in ihrer Feinfühligkeit die Achtung vor den Menschen verlieren, wenn sie sich unverstanden fühlte, mußte sich in verbitterten Menschenhaß hineinleben, der jeden Widerspruch als lästig und als unberechtigten Eingriff empfand und eine erhebliche Unterstützung aus seinem sich immer stärker entwickelnden Eigenwillen schöpfte, was dann wohl Ausbrüche maßlosen Zornes herbeiführte. Krankhafter Trotz, dies Rückbleibsel der Kinderstube, ließ ihn oft Befehle über Befehle erteilen, ein Versuch, durch Geschäftigkeit das ihm unerklärliche Angstgefühl, den durchschüttelnden Fieberfrost zu betäuben. Aus der krankhaften Reizbarkeit ist auch die Beobachtung erklärbar, daß eine gutgemeinte, sachlich angebrachte Entgegnung seiner Berater manchmal den Grund zur Entfremdung und Ungunst legten. Erwähnung bedarf auch noch die im König vorhandene und nicht geleitete Genußsucht, welche ihm u. a. große Freude an Genüssen der Kochkunst vermittelte, sodaß der Lakai die Speisen, welche der Maler in seinen Stilleben auf die Leinwand aufgetragen, gleichfalls bei der Tafel vorlegen mußte. Aus der gleichen Quelle strömte seine Verschwendungssucht, die für sich selbst den höchsten Prachtgenuß zu verschaffen suchte, aber durch die sprichwörtlich gewordene Freigibigkeit, welche für alle, denen seine Aufträge zukamen, mediceische Zustände anzubrechen erscheinen ließen.

Von seinen Geistesgaben war besonders auffallend seine Gedächtniskraft, welche dem König geschichtliche Begebenheiten bis in die Einzelheiten, wie sie der Maler für seine Bilder benötigt, jederzeit ins Gedächnis zurückrufen konnte und ihm die Fähigkeit gab, ganze Dramen nahezu auswendig zu wissen und ergreifend zum Vortrag zu bringen. Dagegen war Ludwig im Grunde genommen nicht musikalisch, sein einstiger Klavierlehrer klagte sehr über den Talentmangel seines Schülers,

sodaß der König es in der Beherrschung eines Instrumentes nie weit brachte. Jedoch steht fest, daß er die Musik außerordentlich liebte.

Ludwigs jugendliche Schönheit, die ihm mehr als Spiel der Natur denn als harmonisch in die Erscheinung tretendes Geschenk derselben zu eigen war, verlieh ihm nach dem Erwachsen eine schöne, imposante Gestalt. Scharfe Erkenntniskraft, hohe Bildung und das glühende Verlangen, Herrliches zu schaffen, zeichneten ihn aus, aber eine krankhafte Naturanlage brachte ihn um das Glück und den Ruhm, zu welchen er vermöge seiner Eigenschaften bei oberflächlicher Betrachtung berufen erschien. Zu den weichen Gesichtszügen bei hartem Gesichtsknochenbau, besonders in den unteren Partien, paßte das ausgesprochen weiche Gemüt, bei dem alles unausgeprägt erschien, einer Geste mehr gleichend als einer Kraft. Die Persönlichkeit dieses tragischen Naturproduktes hatte zu viele Mischung, um Charakter zu haben, zu viele Kontraste, um Harmonie zu bedeuten, zuviel schreiende Dissonanzen, um eine große Melodie zu sein. Es waren zuviel Wünsche ohne Vernunft, zuviel Eigensinn ohne verstandesmäßig geleitetes Wollen als daß dies Leben anders als in einer disharmonischen Tragödie verlaufen konnte. In der Beschränkung zeigt sich der Meister. Der Adlerflug der Phantasie allein genügt nicht, um ein Genie zu sein, es ist die „Maze" in das Gewebe der Gedanken als Einschlag zu durchweben. So gelebt, wie es Ludwig II. schrankenlos vergeudete, mußte dieses Menschenleben in Wahnsinnsnacht untergehen. Logisch konsequent mußte individualistisch-seelenkundlich betrachtet dieses wahnsinnige Raubbautreiben mit Geisteskräften zum Ruin des Denkinstruments, des Gehirns führen. Ob die kranke Gehirnlage so stark zur Entartung gekommen wäre, wenn der Besitzer nicht zugleich der Träger einer Königskrone gewesen wäre, für welchen Selbstgott es gleichfalls oft unerträglich erschien, daß es neben ihm noch einen Gott gab? Hier dieselbe Frage wie bei *Nietsche*, die, auch bei diesem ohne Antwort bleiben mußte.

Zu den Faktoren, welche das Leben formen, gehört vor allem die Kindheitserziehung. „Wir (die beiden Brüder) haben vor unserem Vater gezittert". Diese Äußerung des Königs ist bezeichnend für die Härte der Erziehung, welche der Vater als Grundsatz durchzuführen für gut befand. Demzufolge wurden die sich bemerkbar machenden Spuren von allzugroßer Willenskraft und Eigensinn bei dem Knaben mit empfindlichen Strafen geahndet. Der üppig wuchernden Phantasie die Flügel zu beschneiden, war der rote Faden, der sich durch die ganze Erziehungsmethode des Kronprinzen zog. Immer strenger wurden die Zügel der Disziplin angezogen, die Feierstunden immer weniger.

So wurde die Furcht vor dem königlichen Vater, von dessen Persönlichkeit der Sohn sich einen zu hohen Begriff bildete, immer größer. Die beiden Prinzen wurden auf Anordnung des Vaters, der auf diese Weise vielleicht eigene Sünden seiner Jugend bei den Kindern zu verhüten suchte, aufs strengste zur Mäßigkeit angehalten. Für den zu schnell in die Höhe wachsenden Kronprinzen waren die Mahlzeiten nicht ergiebig genug. Daß der Kronprinz gelegentlich in seiner Familie wegen eines geäußerten hochfliegenden Gedankens ausgelacht wurde, kränkte ihn empfindlich in seinem stolzen Selbstgefühl. Dabei wurde dem hochbegabten und aufgeweckten Knaben allzu anstrengende Geistesarbeit zugemessen, während die körperliche Ausbildung nicht ausreichend betrieben wurde. Ihm unangenehme Bemerkungen oder Begebenheiten vergaß Ludwig schon als Kind niemals. Scharfe Zurechtweisungen gruben sich mit ihrer Kränkung tief in das überempfindliche Gemüt des Knaben.

Auch seine Mutter vermochte sich nicht in die oft hohen schwärmerischen Gedankengänge ihres Ältesten hineinzuleben, und ihre nüchterne, einfache Anschauung riß manchmal den Prinzen zu jählings aus seiner Ekstase, ließ ihn sich unverstanden fühlen und mehr und mehr dazu gelangen, sich gegenüber seinen Eltern und später auch anderen zu verschließen. Wenn seine von ihm in der Kindheit so heiß, ja überschwänglich geliebte Mutter mit praktisch nüchternem Sinn das Eingehen auf seine hochfliegenden Gedanken stets ablehnte, so war es hinwiederum dem Kronprinzen nicht möglich, an deren harmlosen Freuden Gefallen zu finden. Das zufriedene Gemüt der Mutter konnte die Bewunderung der Bergwelt, ein Strauß selbstgepflückter Alpenblumen beglücken. Was dem Kronprinzen gefiel, sollte sein Eigentum werden. Da er zumeist als Gebot nur seinen persönlichen Willen kannte, seine Mutter sich voll Fügsamkeit und Liebe ihrem Manne unterordnete, so herrschte mitunter eine fühlbare Kälte zwischen Mutter und Sohn, zumal der letztere auch für überirdische Empfindungen der Mutter wenig oder kein Verständnis hatte. Wenn auch der König seinen Eltern ein dauerndes dankbares Gedenken bewahrte, so ließen die Erinnerungen an allzugroße, unnötige Strenge seiner Erziehung unangenehmste Empfindungen in ihm regen, die ihn gegen jene verbitterten, denen er die Nichterfüllung oft harmloser kindlicher Wünsche zuschrieb.

Ein Produkt mütterlicher Erziehung sei hier auch deshalb erwähnt, weil man an seinem späteren übertriebenen, krankhaften Auswirken in Maßlosigkeit die Einwirkung elterlicher Erziehung überhaupt ersehen

kann. Die Königin hatte für den Kronprinzen eine blaue Farbe bestimmt, die bei Kleidern, Einbänden von Büchern, kleinen Schmuckgegenständen usw. verwandt wurde. Ludwig bevorzugte das ihm in seiner Kindheit zuteilte Blau, so lange er lebte. Unendliche vielleicht für wichtigere Dinge benützbare Mühe und Zeit mußten die Künstler darauf verwenden, den vom König gedachten blauen Farbenton zu schaffen, den sie allerdings auch in bisher unerreichter Schönheit schufen und an dem sich das farbenfreudigste Auge ergötzen kann. An den Gewändern von Deckengemälden und den Vorhängen der blauen Zimmer fand dieses Blau ebenso verschwenderische Verwendung wie bei den Lichteffekten, die der König sich vorzaubern ließ, und bei denen die Gewinnung des blauen Farbentones nach dem Wunsche des Auftraggebers besonders schwierig war, was diesen aber nicht hinderte, ihre Vollendung durch Monate hindurch zu verlangen. Die blaue Farbe begleitete den tiefblauäugigen Fürsten durch sein Leben, bis seine Leiche ein blauer Samtteppich bedeckte.

Zu den Personen, welche als Erzieher den Prinzen nicht unwesentlich nachteilig beeinflußten, gehören auch seine Bonne und sein französischer Sprachlehrer. Erstere betete ihn förmlich an, weckte frühzeitig das in ihm schlummernde Selbstgefühl und prägte ihm den Rang seiner Geburt als Vorrecht in die Seele, duldete niemals, daß seine Spielgefährten beim kindlichen Spiel im Vorteil gegen den Kronprinzen waren. Aus der Unterwürfigkeit wurden Grundsätze wie :„l'état c'est moi" und „tel est notre bon plaisir" in den französischen Unterricht eingeflochten, ließen sich Bonne und Sprachlehrer als Fußschemel benutzen und von den Füßchen des „drolligen, reizenden" Prinzen stoßen. Wie häufig hat der Erwachsene diese Auffassung von seinen Nebenmenschen, die er so spielend gelernt hatte, in späteren Jahren in die Tat umgesetzt, indem er viele seiner Mitmenschen gerade gut genug hielt, daß sie mit Füßen weggetreten würden, wenn es ihm nicht mehr paßte, sich ihrer Hülfe zu bedienen! Wie tief die in der Kinderstube gelernten Sprüchlein dem König in Fleisch und Blut übergegangen waren, ist später noch bei dem Kapitel „Imitation des Sonnenkönigs" zu besprechen, es sei nur hier daran erinnert, daß er sein Schloß im ureigensten Sinne der Besitzanzeige und Schöpfung, das Abbild seiner Person, nämlich Schloß Linderhof, im engeren Kreise „Meicost-Ettal" zu nennen pflegte, Anagramm von „l'état c'est moi", wobei geschickt noch der Name des nahen Klosters eingeschoben war.

Gleichfalls war für den späteren Werdegang des Königs sicher nicht ohne Einfluß, was sich gleich nach dem Regierungsantritt des

Neunzehnjährigen an ihn herandrängte: das Übermaß einer begeisterten Verehrung und kriechenden Schmeichelei, während andererseits die manchmal mehr oder minder geschmacklose Betonung seiner Jugend ihn verletzen, argwöhnisch und empfindlich machen mußte. Wenn deshalb der König sich auf seinen Spazierfahrten ängstlich bewachen ließ, so war dies nicht Wahnsinn allein, sondern die Folgen jener Erziehungsmethoden, welche dem jungen König gegenüber beliebt wurden. Hierbei ist auch Wagner, der schwärmerisch verehrende und überschwänglich geehrte Freund des jugendlichen Mäzen, nicht ganz unbeteiligt gewesen, der es sicherlich nicht ohne eigensüchtige Gedanken in unbegrenztem Dankbarkeitsgefühl sich angelegen sein ließ, alle Register an dem klangreichen Werke begeisterter Vergötterung zu ziehen, die auf sehr empfänglichen Boden fiel. Es konnte deshalb nicht ausbleiben, daß Ludwigs zuerst romantisch gepflegtes Majestätsgefühl in immer maßloseres Selbtbewußtsein und Selbstüberheblichkeit gesteigert wurde und ausartete. Trotz aller Absonderlichkeiten hingen die Diener fast kriechend an ihrem schwärmerisch geliebten Herrn, der die ihm Dienenden förmlich verzehrte, sie mit Geschenken überhäufte, um sie dann jäh und unvermittelt bei Seite zu schieben, wenn ihm dies seine unberechenbare Laune eingab. Es ist das eine Erscheinung, wie wir sie im Verhalten der Mitwelt einem ausgesprochenen Narzißten gegenüber, der seine seelische Einstellung konsequent durchführt, stets beobachten können, die auch die sonst merkwürdige Tatsache etwas verständlich macht, daß das bayerische Volk trotz aller Absonderlichkeiten und Schuld des Herrschers an der Verarmung der Staatskasse noch den dem Irrsinn verfallenen König so schwärmerisch liebte, daß die Mitteilung seines jähen Endes nicht geglaubt wurde, ebenso wie der Begutachtung auf Wahnsinn kein Glaube geschenkt wurde und man alles eher annehmen wollte als das, daß der König tot sei.

Jegliche Fremderziehung bildet nur einen Teil des Gesamterziehungswerkes, das gekrönt werden muß in der Selbsterziehung. Für die Jugendentwicklung Ludwigs gilt besonders der Satz, daß Verwöhnen und Verwöhntwerden um so nachteiligere Folgen zeitigt, wenn noch das Sichverwöhnenlassen hinzukommt.

In zarter Kindheit schon war eines der Lieblingsspielzeuge des Kronprinzen ein Baukasten, ebenso zeigte der Knabe ausgesprochene Vorliebe für Lektüre, der er sich mit wahrer Begeisterung hingab, und die auch seine Vorliebe für das Theater weckte. Schon im Studium zeigte sich der Eigenwille des Prinzen insofern, als er ihm zusagende Fächer mit vollstem Eifer betrieb, für andere dagegen un-

verhohlene Abneigung bezeugte. Einseitigkeit in der Erziehung dürfte nie von Nutzen sein, bei der harmonischen Ausbildung eines Kindes bleibt immer noch Raum zur Pflege von Lieblingsbeschäftigungen. Ludwig vergaß über der Größe der Vergangenheit, ihrer verschollenen Romantik die Rauheit der Gegenwart, er lebte sich schließlich ganz in die Unwirklichkeit einer Vergangenheit hinein, so daß er endlich nur für sich bauen und nur Vergangenheit bauen wollte. So mußte seine anfängliche Baulust in Bauwut ausarten, je weniger er sich übte, mit festen Füßen in der Wirklichkeit der Gegenwart zu stehen und in Selbstüberwindung den weniger angenehmen und schwerer gangbaren Weg der Herrscherpflichten zu gehen. Hierdurch beraubte er sich einer starken Selbsterziehungsmithilfe, da Pflichterfüllung einen wertvollen Faktor in der Vervollkommnung des Menschen bedeutet. Ludwig mied die Menschen und Gegenden, welche unangenehme Erinnerungen in ihm wachriefen. Schon als Kind gab er sich Tagträumereien hin, deren dem Weltgetriebe absichtlich gepflegtes Entrücktsein für das Gemüt des Königs eine Gefahr bedeutete. Der mit den Jahren sich steigernde Hang zur Einsamkeit empfing hier seine Befruchtung und ließ den König den abschüssigen Pfad betreten, der in der Nacht des Wahnsinns endigte. Grenzenlos ließ er seine Phantasie schweifen, errichtete sich hierhin einen schimmernden, glanzvollen Bau seines Lebens, dessen Jugendsehnsucht unerfüllbar war. Das wirkliche Leben mußte ihm auf diese Weise nur Enttäuschung, Schmerz und Unglück bereiten. Diese Lebenserfahrungen benutzte Ludwig aber nicht zur Einkehr, sondern widmete sich noch mehr der Pflege seiner Phantasie. Die Absperrung von der Wirklichkeit rückte vor, die Phantasie sollte die ihm unerträglich erscheinende Wirklichkeit ersetzen. Hatte ihn das Leben bisher um das ersehnte Glück betrogen, so hoffte der König es fortan in dem Kultus seiner Ideale zu finden. Er machte die Nacht zum Tage. Seine Gefährte, deren harmonisch abgestimmtes Schellengeklingel wie eine leise Reminiszens an die harmlosen Freuden der Jugend berührt, mußten ihn in rasender Geschwindigkeit durch einsame Gegenden jagen, ihn abseits der Menge führen, die er verachtete, bis er schließlich in der Unterdrückung der freiheitlichen Regungen die Abkehr von der Außenwelt und damit die Entwicklung in sich selbst befestigte, mit allen zerfallen war, unter die stumpfe, apathische Gleichgültigkeit geriet und die Phantasie ihn mit sich selbst vergrub.

Es genüge diese Anreihung von Charakterzügen, um den Hintergrund zu schaffen für das Persönlichkeitsideal, das sich Ludwig II. gebildet hat, dem er huldigte und in dessen Frondienst er schließlich ganz unterging.

In seinen geschichtlichen Studien bevorzugte der Kronprinz die

Prachtperiode prunkvoller Entfaltung des äußerlichen Königtums unter den Bourbonenkönigen Frankreichs. Aus den anfänglichen Schwärmereien für den glanzvollen Hof von Versailles heraus entstand in ihm das Idealbild Ludwig XIV. Es imponierten an diesem nur die Züge, welche seinem hochentwickelten Standesgefühl entsprachen. Ludwig erblickte das Recht des Herrschers darin, in seinem Privatleben rücksichtslos sich seinen Wünschen, seinen Liebhabereien hinzugeben. Die Hauptbefruchtung seines übertriebenen Majestätsbewußtseins, das in Größenwahn schließlich den Gipfelpunkt erreichte, entstammte der Schmeichelei und überschwenglichen Verehrung, welche dem König in seinen jungen Jahren so überreich zuteil wurde. Dabei glaubte er in seiner falschen Auffassung vom Gottesgnadentum an das göttliche Vorrecht der Majestät, das den König hoch und unnahbar über alles stellt. Nur eine schrankenlose, ihre Wünsche als allein maßgebend erachtete Fürstennatur konnte davon träumen, als unumschränkter Herrscher ohne Minister, ohne Volksvertretung im 19. Jahrhundert, als „Sonnenkönig" zu herrschen. Jede Freundschaft, aus der vielleicht eine Beeinflussung dieses königlichen Sonderlings hätte kommen können, scheiterte gerade an seinem maßlosen Majestätsbewußtsein, das über sein spontan zutage getretenes, warmes, echtes Gefühl und wahre Herzlichkeit immer wieder die Oberhand gewann. Bezeichnend ist für diese ganze Gesinnungseinstellung des Königs eine Äußerung über seinen Besuch einer Blumenausstellung, welche er vom Publikum abgesondert betrachtet hatte: „Leider ließ ich mich bewegen, von der Höhe der Galerie hinabzusteigen unter die Leute, wodurch der poetische Eindruck zu heilloser Prosa für mich wurde; denn man steigt nicht ungestraft vom Göttermahl hernieder in den Kreis der Sterblichen." So galten ihm seine Prachtliebe, seine unbezähmbare Bauwut, das Beharren auf seinen hochstrebenden Bauplänen, auch als damit eine Verarmung der Staatskasse sich erschreckend bemerkbar machte, als königliches Vorrecht. Andererseits war ihm wieder die Scham, mit seiner finanziellen Wirtschaft Schiffbruch gelitten zu haben, unvereinbar mit seinem Majestätsbewußtsein, wodurch das Gefühl der Peinlichkeit sich immer mehr verstärkte.

Es würde zu weit führen, die Rolle, welche das maßlos gepflegte Majestätsbewustsein im Charakterschicksal Ludwig II. spielte, durch Aufzählung diesbezüglicher Einzelheiten noch eingehend zu beschreiben. In ihrer Überfülle, angefangen von den „Audienzen", die der König seinen Ministern sitzend auf einem von Hermelinvorhängen - Baldachin überragten, goldstrotzenden Thronsessel gab, bis zu den für ihn feenhaft

erleuchteten Schloßbildern um Mitternacht, müßten diese kaleidoskopisch an uns vorüber ziehen und doch, ohne neue Blickpunkte zu geben, nur die Erkenntnis vertiefen, daß eben nur eine wahnsinnige Prachtliebe, also Genußsucht, das Thema zu dieser wahnsinnigen Prunkentfaltung abgegeben hat. — Ergrimmt über das Fehlschlagen seines Planes bezüglich des Festspielhauses in München, wollte der König nur mehr für sich allein bauen, schmücken und genießen. Die prächtigen Königsschlösser, die Ludwig II. erstehen ließ, sollten seiner Ansicht gemäß nach seinem Tode in die Luft gesprengt werden. Wie diese Meisterwerke prunkvoller Gestaltung das hohe Kunstverständnis ihres Bauherrn offenbaren, so gibt diese Willensäußerung des Königs, die glücklicherweise nicht erfüllt wurde, ein beredtes Zeugnis von der Überspannung seiner Ichsucht.

Der Mond war sein Gestirn; in dessen Silberlicht dünkte ihm die Natur wunderbar geheimnisvoll zum Träumen und Sinnen geeignet. In seinem Schlafzimmer zu Hohenschwangau schien ein künstlicher Mond auf sein Bett, ein künstliches Firmament erglänzte an der Decke; imitierte Orangenbäume umstanden sein Lager, ein Wasserfall rauschte ihn in den Schlaf — Narziß im Märchenland! Ludwig liebte es, seine Phantasie in die Wirklichkeit zu übersetzen. Seine Ausnahmestellung als König ermöglichte ihm dies im Gegensatz zu den anderen Sterblichen, die sich in der gleichen Stimmungslage damit begnügen müssen, ihre Einbildungskraft nur in der Theorie herumspringen zu lassen. Betrachtet man die Räume, in welchen Ludwig II. den ganzen Prachtkomplex des Zeitalters Louis XIV. und Louis XV. aufgestapelt hat, so wird man unwillkürlich an das Schicksal der Semele in der Sage gemahnt. Sie verlangte, Jupiter solle ihr in seinem ganzen Glanze aufwarten; sie ertrug jedoch den Anblick der gewaltigen Herrlichkeit nicht und fiel entseelt auf ihr Lager zurück. Ludwig II. kostete zwar der von ihm heraufbeschworene Glanz nicht das Leben in seiner Gesamtheit, aber er raubte ihm jede Spur von Behaglichkeit, was nicht unwesentlich zur Vermehrung seiner Ruhelosigkeit und damit zu seinem Geistesruin beitrug. Immer schwebte ihm das unumschränkte von Gottesgnaden verliehene Königstum vor, als dessen Repräsentanten ihm besonders die beiden Bourbonenkönige, so wie er sie sich in seinen Phantasien ausmalte, galten, weshalb er sie stets in Bildern vor Augen haben wollte, gleichsam als Leitsterne seiner inneren Unsicherheit und Sprunghaftigkeit.

„Der Kronprinz ist immer der erste", diese Vorstellung wurde ihm ja schon von seinen ersten Erziehern eingeimpft, er durfte beim Kinder-

spiel nicht verlieren, und so finden wir auch in späteren Jahren seine Abneigung gegen Spiele trotz der Bitten seiner Mutter, wobei wohl der Gedanke nicht einflußlos gewesen sein mag, daß beim Spiele auch Könige verlieren und unterliegen können, eine Feststellung, die einen anderen Fürsten unserer Tage bis zur Raserei mit Unwillen erfüllen konnte und deshalb von dessen Schmeichlern zum Schaden von Herrscher und Volk durch Falschspielen vermieden wurde.

Eine verklungene Zeitperiode mit ihren mächtigen, menschlich fast allmächtig gemachten französischen Herrschern, mit der unterwürfigen, weil ihre Zwecke so am besten erreichen zu können glaubenden Hofgesellschaft, beschäftigte stets Ludwig II. Immer regte sich aufs neue der Wunsch in ihm, einen Staat nach seinem Phantasieideal zu regieren, was zu verwirklichen glücklicherweise eine gütige Vorsehung zum Segen des Volkes schon allein durch den kleinen Bereich seines Landes verhinderte. Eine weitere Betrachtung zeigte dem königlichen Schwärmer den Wechsel, der mit den Menschen und Dingen vorgegangen, zeigte ihm die jetzige Welt, in der das Zeitalter eines Gottkönigtums, getragen von dem damaligen verschrobenen Zeitgeiste, nicht mehr hineinpaßte. Dabei bemächtigte sich des Königs bald Unmut, bald elegische Trauer; es dünkte ihm ein tragisches Schicksal, die in seiner Größenwahnvorstellung für seine Persönlichkeit notwendig erachtete schrankenlose Macht, um Großes leisten zu können, durch einen lästigempfundenen Zwang ersetzen zu müssen.

Bei dieser bis zum Wahnsinn gesteigerten Ichtriebentfaltung drängt sich die Frage auf, ob die Gesamtlebensenergie unbeschränkt und dauernd auf dieser primitiven Entwicklungsstufe stehen geblieben ist oder ob sie doch einmal wenigstens eine Erweiterung in der Dutriebentfaltung gefunden hat. Mit anderen Worten ausgedrückt: Hat Ludwig II einmal ein Weib geliebt?

Eines Menschen Lebensgeschichte erfahren wir aus seinen Äußerungen, seinen Handlungen und den Mitteilungen, die Zeitgenossen über ihn machen können. Dies gibt Aufschluß über die Lebensschicksale, soweit sie das Gebiet des Ichtriebes im engeren und weitesten Sinne betreffen. Dagegen erhalten wir kaum auf diesem Wege Mitteilungen über diejenigen Erlebnisse eines Menschen, welche seinen Arterhaltungstrieb als anregendes Moment haben. Hinterläßt ein Mensch Nachkommen, so wissen wir, daß auch sein Arterhaltungstrieb in Tätigkeit getreten ist, dagegen können wir aus dieser Tatsache allein noch nicht wissen, ob die Person geliebt hat, da die Geschlechtsbetätigung diese höhere Seelentätigkeit nicht unbedingt einschließt. Im allgemeinen folgt der Mensch in diesen intimen Dingen, wie er sie auffaßt, der Natur, die dem Arterhaltungstrieb als Schutz das Schamgefühl zur Seite gestellt hat, und deckt diesen Teil seines Lebens mit dem Mantel der Verschwiegenheit. Wenn ein Mann keine Nachkommenschaft, die seinen

Namen trägt, hinterläßt, so erfahren wir im allgemeinen nichts über sein Liebesleben, besonders aber nicht über seine etwaige Betätigung des Fortpflanzungstriebes, sei es nun in heterosexueller oder in homosexueller Beziehung. Da Ludwig II. keine Ehe eingegangen ist, keine bekannten Nachkommen hinterlassen hat, in seiner stark ausgebildeten Verschlossenheit sich überhaupt wenig über sein Innenleben oder sein Leben im allgemeinen äußerte, so besitzen wir erst recht keine Beispiele oder Äußerungen, die uns über sein Geschlechtsleben direkte Mitteilungen von ihm geben. Eine der bei oberflächlicher Betrachtung unerklärbarsten, ja sinnlosesten Handlungen des noch nicht Geisteskranken bedeutet die Aufhebung seiner Verlobung kurz vor der schon in allen Einzelheiten vorbereiteten Hochzeit. Man hat auch seine schwärmerische Anhänglichkeit an Wagner und später an Kainz versucht, in homosexueller Abirrung seines Geschlechtsempfindens zu erklären. Wie wir hierzu keine Beweispunkte haben, so könnten auch Einige die Ansicht vertreten, es sei müßiges Phantasieren, überhaupt von einem eventuellen Geschlechtsleben des Königs zu sprechen oder zu behaupten, von dem man nichts sicheres wisse. Diese mögen nachfolgende Darlegungen unbeachtet lassen, deren Inhalt allerdings einen Deutungsversuch darstellt, wenn wir auch glauben, nicht ganz ohne Recht denselben aufstellen zu dürfen, indem wir mit dem vorhandenen Material aus seelenkundlichen Vergleichen manche Schlüsse ziehen können.

Von seinen Zeitgenossen erfahren wir, daß Ludwig II. nicht nur eine zärtliche Liebe für seine engelsgute Mutter hegte, sondern dieselbe fast abgöttisch in der Jugend verehrte, wie andererseits die Mutter stets mit freudigem Stolze an ihrem Sohne hing. Ludwig überhäufte die Mutter mit auserlesensten Geschenken, suchte nach Möglichkeit ihre Wünsche zu erfüllen und machte sich eine besondere Freude daraus, gerade geheime Wünsche der Mutter zu erraten, um sie mit deren Verwirklichung zu überraschen. Kurzum ein Bräutigam hätte in dieser Richtung nicht aufmerksamer gegen seine Geliebte sein können als dieser Sohn an der Mutter hing. Das rücksichtslose Verhalten Ludwigs gegen seine Mutter in späteren Lebensjahren dürfte wohl als ein Rückschlag dieser überschwänglichen Anhänglichkeit gedeutet werden, wofür auch die sonst unerklärliche Maßlosigkeit dieser Gereiztheit gegen die Mutter spricht, ein kläglicher, vergeblicher Versuch, sich aus den starken jugendlichen Bindungen an die Mutter gewaltsam zu lösen. Dies ist eine Beobachtung, die wir bei allen Sexualneurotikern, also geschlechtlich abwegig empfindenden Menschen machen können.

Die Verlobung des jungen Königs darf wohl als ein Versuch aufgefaßt werden, sich von der Bindung der Mutter zu lösen und sich einem anderen Weibe zu nähern. Die Aufhebung derselben kurz vor der Heirat, nachdem der König zuerst einen zweijährigen Aufschiebungsversuch gemacht hatte, darf dem Beweise dienen, daß der Versuch mißglückte. Diese Lösung bedeutete für den König eine herbe Enttäuschung, die in der sofortigen Verlegung seines Hoflagers und in dem Beginn seiner Zurückgezogenheit ihren Ausdruck fand. Schnell enttäuscht machte er niemals wieder einen Versuch, sich sein Liebesglück zu schaffen, weil, wie einer seiner Biographen schreibt, „seine Seele selbst eine überfeinerte weibliche war, welche das zum Überirdischen verklärte Frauenbild in sich trug".

So blühte auch niemals im Gegensatz zu einem sonstigen Kopieren des Bourbonenherrschers Frauengunst an seinem Hofe. Seit der Aufhebung der Verlobung zog sich König Ludwig ängstlich von jedem Umgang mit Damen zurück. Aus dem Benehmen seiner Braut gegenüber, die er frei wählte, müssen wir annehmen, daß Ludwig geliebt hat, aber sobald die Liebe verwirklicht werden sollte, verkriecht er sich. Dadurch an der Weiterentwicklung verhindert, muß die Sexualität nach dem Gesetze des Rückschrittes in die Vergangenheit zurückfallen und kindliche Betätigungen wiederaufleben lassen, die wir annehmen dürfen, wie wir gleichfalls eine Periode gleichgeschlechtlicher Abirrung bei Ludwig annehmen können. Die ganze spätere willkürliche „Sexualbetätigung" ging in Prüderie, nicht nur in bezug auf die Frauen über; diese hat immer einen unreinen Hintergrund (keine sichtbare Bedienung bei den Mahlzeiten, Ganzalleinsein bei den Mahlzeiten, keine Bedienung beim Bade usw.) Es entwickelte sich allmählich vielleicht hieraus der wahnsinnige Schautrieb, dem nichts schön, nichts prunkvoll und feenhaft genug war, der schließlich in eine narzißtische Betrachtungsweise sich verlor, die als Phantasie die stark lustbetonte Versenkung in die Märchenwelt der Kindheit darstellte, wohl aber auch die höchsten Ergötzungszustände auszulösen imstande war.

Charakteristisch für Ludwigs II. Stellung zum lebenden Weibe ist, daß ihm Schauspielerinnen nur als Folie dienten, um sich eine Vorstellung von dem Idealbild der geliebten Dargestellten zu verschaffen. Immer und immer wieder ließ er die unglückliche Königin von Schottland, seine Lieblingsfigur des von ihm auswendiggelernten Dramas, für sich malen, nach Gemälden, nach Kupferstichen, nach Darstellungen im Theater. Er setzte alle Hebel in Bewegung, um ihr Idealbild zu erlangen. Er unterstützte in raffiniert ausgedachter Weise die Arbeiten eines Malers, der für ihn ein Bild Maria Stuarts malen sollte. Er läßt eine berühmte Darstellerin der Rolle nach München kommen, die Maria-Szenen mehrfach aufführen, nur um dem Maler Gedankeninhalte für seine künstlerische Phantasie zu geben. Der König wollte nur die Maria Stuart — ein Phantom — gemalt haben, läßt mehrfach dem Maler betonen, er wünsche nur das Bildnis der Maria Stuart, nicht das der Schauspielerin. Er wünscht nach Fertigstellung des Bildes, daß die Schauspielerin noch eine Sitzung im Theater bei vollster Beleuchtung gäbe, um den Effekt mit dem schon gemalten Bilde zu vergleichen. Der König war über das Bild sehr zufrieden. Weniger war es die berühmte Schauspielerin, die wiederholt dem Maler gegenüber ihrem Unwillen freien Lauf ließ, daß sie statt von dem König nur von ihm betrachtet werde. Hatte sie doch ganz unverhohlen darauf hingearbeitet und geäußert, daß sie eine bayerische Maintenon oder Pompadour werden wollte. Diese beiden Mätressen der Bourbonenkönige liebte Ludwig II. ebenfalls schwärmerisch, überall mußten, wie schon kurz erwähnt, ihre Bildwerke erscheinen, niemand konnte sie ihm schön genug, liebreizend wirksam gestalten. Seine Phantasie ergötzte sich in einsamen Tagträumen über das Zusammensein mit diesen Gestalten. Wie weit dabei geschlechtliche Empfindungen mitspielten, läßt sich nur vermuten, nicht beweisen. Daß auch dieser König „mit der überfeinerten Frauenseele", der Ausdruck: männliche Kokotte trifft vielleicht noch klarer das Gemeinte, das Weib

als geschlechtliches Anregungsmittel nicht entbehren konnte und wollte, — wie dies ja auch ein Charakteristikum für seine analogen Partnerinnen, die weiblichen Koketten, ist, — beweisen die anmutigen Muster für Fruchtschalen, Salzfässer, Becher usw., deren Henkel des öfteren aus nackten schönen Frauengestalten gebildet waren, strenge oder weiche Formen zeigend, jenachdem es der vom König gewünschte Stil gebot. Unter demselben Gesichtspunkte sind die überzahlreichen Nacktdarstellungen reizender Frauenkörper in den intimsten Gemächern dieses „geschworenen königlichen Junggesellen" zu bewerten. Die Maßlosigkeit wahnsinniger Lustorgien, die sich Ludwig II. in der raffiniertesten Weise für alle übrigen Sinne verschaffte, werden ihn nicht unempfänglich für geschlechtliche Orgien gemacht haben, da der Geschlechtstrieb als Phänomen in Gefolgschaft von anderen Sinnesorgangenüssen niemals fehlt, wohlgemerkt als Erscheinung, nicht als Betätigung im Sinne der Fortpflanzung. Eines Weibes Liebe und Hingabe zu erringen, für dessen Wonne und Wert sonst der Mann zu jeglichem Opfer bereit ist, war Ludwig II. nicht vergönnt, ihm fehlte die Bedingung hierzu, die persönliche Opferfähigkeit für andere Personen und für anderes als sein Ich. Seine Feigheit erlaubte ihm auch nicht Eroberungen auf einem Gebiete, das der Männlichkeit vorbehalten ist, die ihm gebrach, wenn man nicht als einzigsten Zug seine maßlose Ichsucht darunter rechnen will, die aber auch dem weiblichen Geschlechte zwar nicht ausgesprochen arteigen, aber vielfach doch anerzogen sein kann. Man kann sich Ludwig II. angeschwärmt, selbst vergöttert, aber niemals geliebt denken. Dazu fehlte ihm etwas, was aber in seinem Fehlen das große Manko seines Charakters ausmachte. Auch dies soll kein Werturteil bedeuten, das aus ganz anderen Komponenten hergeholt werden muß, es ist nur eine seelenkundliche Feststellung.

Vielleicht versteht man die Sexualersatzeinstellung Ludwig II. von einem anderen Gesichtspunkte aus klarer. Beim Normalen gehen mit der Wahrnehmung des Liebesobjektes, mit den auf dasselbe gerichteten Wünschen und Handlungen schwerwiegende Veränderungen im Empfindungsbestand des eigenen Körpers einher. Der Wahrnehmungsanteil wird immer mehr von Empfindungsbestandteilen auf das Ausgiebigste durchsetzt. Auf der Höhe des Geschlechtsgenusses scheinen ja diese Empfindungen die Wahrnehmungen zu übertönen, allein es wäre sehr falsch, wenn man übersehen würde, daß diese da sind, und das Erleben tragen. Entsprechend der starken Empfindsamkeit des Königs, die nicht nur in einer erhöhten Reizbarkeit der Gesamtperson, sondern auch in einer solchen ihrer Teile, der Sinnesorgane, besteht, war der Schautrieb als optisches Phänomen stark vorherrschend, dem er ja bekanntlich ganze Orgien von Lustempfindung verschaffte, man denke nur an die raffinierten Beleuchtungseffekte der Schlösser und Grotten. Sein Sinnesapparat war also gleichsam geaicht auf Lustempfindungen, deren Wahrnehmungsanteil durch das Schauen stark beeinflußt wurde, ohne dabei unmittelbare Reize z. B. durch Berührung zu erhalten. Entsprechend der Intensität des Empfindungslebens, das alles in Realität empfand, was die Phantasie darstellte und ganz persönliches Sein wurde, darf man wohl bei Ludwig II. die Sexualität hauptsächlich in eine Form übergegangen annehmen, die man mit Geilheit oder Geilsein bezeichnet hat, wobei die Tendenz vorherrschend war, in dem Empfindungs-

bestandteil aufzugehen. So mag bei ihm die Tendenz seiner Geschlechtlichkeit dahin gegangen sein, in dem Wahrnehmungsbestandteil, der durch die vielen nackten Frauenkörper und schönen Frauenbildnisse seiner Schlösser den Tribut für seinen Schautrieb forderte, oder in dem Empfindungsbestandteil des sexualen Erlebens genau so zu leben wie er selbstgenügsam sich das Zusammensein mit von ihm gefeierten historischen Größen bis zum vollen Erleben phantastisch ausmalen konnte. So hatten das Wahrgenommene und das Empfundene die Neigung, in einander zu rinnen und dem Träger vollen Genuß in gewissen Momenten zu verschaffen, sodaß tatsächlich Ludwig II., wie überhaupt keinen Menschen zu seiner Gesellschaft, so auch kein reales Weib als Liebesobjekt benötigte. Die Unwirklichkeit dieses ganzen Lustquells, aus dem schließlich auch das wollüstigste Wohlgefallen am eigenen Körper entsprang, trug ebenso zur weiteren Überreizung und endlich zur Geisteskrankheitskatastrophe bei, wie ja überhaupt dieses ganze Leben zur Katastrophe der Maßlosigkeit führen mußte..

Mit der Zeit begann vor allem der Verfolgungswahn das Tun und Treiben des Königs immer mehr und zuletzt völlig zu beherrschen, überall glaubte er sich von Verfolgern umstellt, fürchtete Vergiftung seiner Speisen und Mordanschläge gegen sich. Nun konnte man an den Fällen von Verfolgungswahn, welche zur psychoanalytischen Beobachtung kamen, eine gewisse Spur verfolgen. Es fiel zunächst auf, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Verfolger von demselben Geschlecht war wie der Verfolgte, auch Ludwig II. fürchtete sich stets, von Männern verfolgt zu sein. Es konnte dann bei vielen Fällen von Verfolgungswahn festgestellt werden, daß diese Art von Irrsinn die Form ist, in der sich der Kranke gegen eine überstark gewordene homosexuelle Regung zur Wehr setzt. Dabei liegt die homosexuelle Objektwahl dem Narzißmus ursprünglich näher als die heterosexuelle. Wenn es dann gilt, eine unerwünscht starke homosexuelle Regung abzuweisen, so ist der Rückweg zum Narzißmus besonders erleichtert. Bei Ludwig II. können wir nun eine gerade Linie verfolgen, welche von der übertrieben starken Liebesbindung in der Jugend an die Mutter [1]) zu dem diese Bindung Nichtlösenkönnens in dem Verlobungsmißerfolg führt, dann vielleicht über die starke homosexuelle Bindung an die erwähnten Freunde zum Narzißmus überging und schließlich in dem Verfolgungswahn katastrophal endigte. Als unwesentliche Anmerkung sei noch erwähnt, daß man im Leben des Königs auch andersartige Abirrungen des Geschlechtsempfindens nachweisen kann, die ja niemals bei dem anormalen Verlaufe der Sexualität fehlen, als solche aber speziell für die Persönlichkeit Ludwigs II. keine besondere seelenkundliche Bedeutung besitzen.

Ein Menschen- und Fürstengeschick von erschütternder Tragik, ein tiefbewegendes Bild königlicher Ohnmacht gegenüber einem furcht-

[1]) Näheres hierüber findet man in dem Kapitel „Psychoneurosen, Sexualneurosen, besonders die Homosexualität“ aus „Rh. Liertz, Wanderungen durch das gesunde und kranke Seelenleben bei Kindern und Erwachsenen“, 5. Aufl., Verlag Kösel-Pustet, München.

baren Gegner entrollt der Name: „König Ludwig II. von Bayern“. Ludwigs II. Charakterbild hatte zwei Gesichter wie Janus, und zwei Naturen, eine große, edle mit romantischem Zauber durchwobene und eine krankhafte. Seelenkundlich ist sein romantischer Charakter, dem es nicht gegeben ist zu weilen und zu erfüllen, sondern den seine Spannungen rastlos zu neuen Lebensversuchen treiben, besonders aufschlußreich. In der Jagd nach einem die Menschengrenzen sprengenden Gesamterfassen des Lebens, bei seinem steten „Unterwegs“ erntete er gelegentlich die schönsten Bereicherungen und wurde auf dem Wege unstillbarer Sehnsucht der Bauherr von Schlössern, die mit dem Schönsten, das es auf der Welt an Menschenbauwerk gibt, ruhig den Vergleich aushalten dürfen. In einem Leben, in dem tatsächlich nichts beständig zu sein scheint wie der Wechsel, ist es sehr schwer, das Charakterbild einheitlich, d. h. nach seinen bestimmten Bewegungslinien und Zielsetzungen zu fassen. Anfänglich äußerte sich sein Leben nur in Eigenheiten, die auch andere, gesunde Menschen gelegentlich zeigen: Vorliebe zur Einsamkeit, Abneigung gegen Verkehr mit der Öffentlichkeit, Furcht vor öffentlichem Auftreten, plötzlich auftretende Verstimmung, Mißtrauen gegen die nächste Umgebung, heftige Zornausbrüche, kurz um Züge, die wir stets bei einem nervösen Charakter antreffen. Mit der Eigenschaft ausgestattet, durch den Zauber seiner Persönlichkeit eine große, unwiderstehliche Wirkung auszuüben, mangelte dem König im entscheidenden Momente die Fähigkeit, vor der Öffentlichkeit so aufzutreten, wie er es seiner Königswürde angemessen fand. Immer gewaltiger wuchs in ihm der Majestätsbegriff, schon bald in der Form krankhaften Größenwahns empor, den zu erkennen bei einer „Majestät“ besonders schwierig ist, und selbstquälerisch schien es ihm, daß er kein König sein konnte, wie er es wünschte. Er wirkte mehr durch den Nimbus des Gottesgnadentums und den von geheimnisvollem Reize märchenhafter, künstlerischer Neigungen umflossenen Idealismus. Es erscheint nämlich deutlich erkennbar, daß der Narzißmus einer Person eine große Anziehung auf diejenigen andern entfaltet, welche sich des vollen Ausmaßes des Ichtriebes begeben haben und sich in der Werbung um die Objektliebe befinden; der Reiz des Kindes beruht zum großen Teil auf seiner Selbstgenügsamkeit und Unzugänglichkeit, ja selbst der große Verbrecher und der Humorist zwingen in der poetischen Darstellung unser Interesse durch die narzißtische Konsequenz, mit welcher sie alles ihr Ich Verkleinernde von sich fernzuhalten wissen. Es ist so, als beneideten wir sie um die Erhaltung eines seligen seelischen Zustandes, den wir selbst seither aufgegeben haben.

Das Übermaß seines Majestätsbewußtseins, das Ludwig II. unzufrieden durch den Zweifel an sich selbst machte, ward ihm zur Seelenqual, ließ ihn als Märtyrer der Majestät erscheinen und verbitterte ihm auch seine Tätigkeit als Künstler. Seine Begabung ließ ihn voll idealen Sinnes Wundergebilde der Phantasie, das ganze Reich des Schönen in seiner Mannigfaltigkeit schauen, ließ ihn wünschen und streben, all dies gestalten zu können und darum so vieles gleichzeitig beginnen. Er fand die Kraft nicht, aus dieser Fülle von künstlerischen Eingebungen eine Einheit herauszugreifen und unbeirrt auszugestalten. Da zudem die Baukunst nur langsam und zähe trotz seines übertriebenen königlichen Drängens auf seine Baumeister die Frucht der Vollendung reifen läßt, erhöhte sich noch die krankhafte Ungeduld des königlichen Künstlers, und das Erkennen seiner königlichen Ohnmacht vergällte ihm auch das scheinbare Glücksgefühl, das er durch die unermüdliche Mitarbeit an seinen Schöpfungen sich errungen zu haben glaubte. Daß neben der kranken Geistesströmung beim König auch eine gesunde einher ging, eine außerordentliche Willenskraft es ihm ermöglichte, noch logisch zu denken und zielbewußt zu handeln, beweist folgendes: Es gehört viel Kunstliebe dazu, um an den bei aller Herrlichkeit überreich besetzten Arbeitstischen, wie die Ludwigs II. waren, schreiben zu können. Und doch verfaßte der König bald an diesem, bald an jenem überladenen Tische die mit so viel Energie, Schwärmerei, Sachkenntnis, Optimismus, Bitterkeit, Wohlwollen, Haß und Kunstsinn erfüllten Briefe, die direkt und indirekt, bald als Wunsch, bald als Befehl den Betreffenden erreichten, die stets originell in Gedanken und Äußerungen, und stets so eilig waren, als müßten seine Anordnungen in eine knapp bemessene Zeit gedrängt werden.

Ob der Monarch im grünen Tannendickicht dahin fuhr, oder unter dem winterlichkristallisierten Reif der Äste, ob die Felsen sich über ihm auftürmten, oder Farrenkräuter und Huflattich sich unter ihm ausbreiteten, die Gedanken des Königs drehten sich stets um dieselbe Achse, um das unumschränkte Königtum. Bei den Nachtfahrten Ludwigs II. durfte weit und breit sich niemand blicken lassen — im Schloßhof herrschte tiefe Stille, die nur von dem ungeduldigen Scharren der am prunkvoll ausgestatteten Schlitten oder an der aus der Märchenwelt des Rokoko herbeigezaubert erscheinenden Karosse angespannten Renner unterbrochen war. Endlich erschien der König, zur Winterzeit fest eingehüllt gegen Wind und Wetter, eine blitzende Diamantagraffe auf dem breitkrämpigen Hut, im Sommer leicht angezogen bisweilen aber in dem blausamtenen Königsornat wie Ludwig XIV.,

mit dem er sich in seiner Phantasie dann und wann identifizierte. Diese Phantasien, von denen diese eine aus Tausenden hier als Beleg anzuführen genüge, verraten uns manches; sie könnten uns entzücken, wenn diese Schönheit und Pracht nicht die Prunksucht eines Entmutigten wären. Die Liebe zur Sonne, die Verehrung des „Sonnenkönigs", mit dessen Idealbild Ludwig II. sich wahnhaft zu identifizieren versuchte, all das war der Weg zur Selbstvergottung, zum Narzißmus als Wahnsinn. Und wie herrlich das Kunstschaffen dieses Künstlers auf einem Königsthron gewesen sein mag, es diente nur der Selbstverherrlichung. Selbstvergottung war das Ziel, nach dem es gerichtet war, das Ziel, das diese einsame und verwundete Seele mit der starken Kraft ihres Trotzes, mit dem Hilfsmittel der Menschenverachtung sich erfand. Auch sie zerbrach an dem Versuch, ein Übermensch zu sein, an dem schon in seinen Wurzeln wahnsinnigen und deshalb zur Vernichtung der Person führenden uralten und immer wieder in Halsstarrigkeit unternommenen Wagnis, das zum ersten Male einem Menschen vorgegaukelt wurde mit dem teuflischen Hohne des Hassers unsterblicher Menschenseelen: „Ihr werdet wie Gott sein".

Nachdem die äußere Herrlichkeit dieses „großartigen Bildes des Unglücks im Königsglanze" zusammengebrochen und die Staatsnotwendigkeit seine Königsmacht bezwungen hatte, was durchaus berechtigt war, da das Wohl der Gesamtheit unbedingt über das des Einzelnen, und mag dieser auch ein König sein, geht, war die Geistesumnachtung noch nicht so weit vorgeschritten, daß der König nicht genau wußte, — das Schicksal seines geisteskranken Bruders schwebte ihm nur allzu oft vor Augen. — daß er Krone und Thron vertan hatte. Als man den Kranken dann von Neuschwanstein wegführen wollte, äußerte sich der König seiner Umgebung gegenüber: „Daß man mir die Krone nehmen würde, habe ich gewußt; das ist mir gleich. Aber daß man mir die Freiheit nimmt! Das lasse ich mir nicht gefallen."

Jedes Kunstwerk ist eine mehr oder weniger vollständige Projektion des künstlerischen Ichs in die Außenwelt; in jedem Kunstwerk spiegelt sich die Person des Künstlers wieder. Ludwig II. schuf die vollständigste Projektion seiner Seele in die Außenwelt in dem Schloß „Linderhof", dem er ja auch den bezeichnenden Beinamen „Meicost-Ettal", Anagramm von „l'état c'est moi", gegeben hat. Dabei krankte er aber auch an dem Solipsismus, der die Vorgänge der Außenwelt in sich verlegt. Wir finden die gleiche Sucht zur Selbstvergottung bei seinem großen Vorbilde Louis XIV., dem „Sonnenkönig", wie dieser sich selbst gern nannte, von dem Ludwig II. aber nur eine Karri-

katur darstellt, deren Selbstabspiegelung den Charakter des Königs klar hervortreten läßt.

Bei keinem Menschenwerk fehlt die Einmengung unbewußter Wunschelemente, ja selbst in den philosophischen Forschungsgebieten läßt sich dieses Element der Person nicht ausschalten. So dienen auch die Werke des Künstlers der Kenntnis über seinen Charakter und können genau so wie die Person selbst einen Gegenstand der seelenkundlichen Analyse bilden.

Ludwig II. ist der Typ eines zielbewußten königlichen Narzißten, der schließlich in diesem Narzißmus geisteskrank wurde, indem er ein falsches Ich an die Stelle des ursprünglichen Ichs setzte. Das Schloß Linderhof an einem Sonnenfleck des lieblichen Graswangtales gelegen, stellt die ins Räumliche übertragene, übertriebene Selbstliebe des Königs dar. Daß Ludwig König war, steigerte einerseits sein Selbstbewußtsein bis zur Selbstvergottung, darum konnte für ihn, den König, gerade das Beste eben gut genug, nichts zu schön sein. Daher der wahnsinnige Prunk, wie er in seiner Raffiniertheit, um nicht zu sagen Genialität, sich in den einzelnen Gemächern bis auf die kleinsten Teile ausprägt. Für ihn mußte der Schreibtischsessel prunkvoll sein, unter einem Baldachin thronen, die Gebrauchsgegenstände mußten von einer fast unübertreffbaren Kunstfertigkeit und Schönheit sein. Bezeichnend dafür ist, daß nicht der Schreibtisch im Arbeitszimmer, sondern im größten Prunkzimmer am meisten vom König benutzt wurde. Das Schreibzeug ist aus Nymphenburger Porzellan, der Deckel des Tintenfasses eine Königskrone mit einer Glocke darin: „Ich, der König, schreibe und schelle meinem Höfling". Die Sandbüchsen sind Erdkugeln! Es ist bekannt, daß jedes Teil gerade in Linderhof vom König selbst angegeben und die Entwürfe von ihm korrigiert wurden, und es ist bezeichnend, daß dieses Schloß, das Abbild seiner innerlich bewußt gepflegten Majestät, sein Lieblingsaufenthalt war. Hier konnte der Narzißt in seinem um sich gestalteten Ich schwelgen und sich bis zu orgastischen Genüssen ergehen, ohne auch nur eines anderen Menschen zu bedürfen. Solch ein Mensch war zu sehr mit seinem majestätischen Ich beschäftigt, in sich verliebt, als daß ein Weib ihm hätte etwas geben können. Er war der geborene königliche Junggeselle.

Andererseits tritt uns hier in der gleichen Natur die künstlerisch schöpferische Genialität in einer Größe vor Augen, die restlose Bewunderung fordert. Wohl niemals waren in einem Menschen Genie und Wahnsinn so innig vereint wie in diesem Wittelsbacher, der die Schwungkraft eines großen Menschen in sich trug, dem es aber an der natur-

haften Fähigkeit mangelte, diese potentielle Energie in etwas wirklich Großes umzugestalten, dem im Grunde genommen doch die Fähigkeit fehlte, um mehr zu sein als ein großer Phantast, der mit seelischem Infantilismus in den Märchenschlössern seiner Kindheit schwelgte, die in Wirklichkeit umzusetzen in Form materieller Werte, wie sie das Schlößchen Linderhof in sich birgt und dabei doch unbehaglich erscheint, das einzige Werk seines Lebens bedeutet, dem es aber an der Größe fehlte, um mehr zu werden als ein königlich-wahnsinnig spielendes Kind.

Das Standbild des Königs von Elisabeth Ney, das in leblosem Marmor auf der Höhe gegenüber Linderhof steht und so selbstgefällig hinschaut auf alle seine Pracht und selbstgeschaffene Herrlichkeit, mag ein getreues Abbild dieses großen, königlich-wahnsinnigen Kindes sein, dessen Gesichtszüge noch tief in der Kindheit stecken, bei dem aber dieser Infantilismus doch dem Erwachsenen vergönnte, in den Partien des Augenumkreises genial-denkende Künstlerzüge zum Vorschein zu bringen, um dann wieder im Blick des Auges in Wahnsinnsnacht sich zu verlieren und ganz darin unterzugehen.

War nun dieser tragische Narzißt ein Schmarotzer, ein unbrauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft, die er um ein Bedeutendes überragte? Mit nichten! Wenn man allein seine schmuckvollen Schloßbauten betrachtet, muß man zugeben, daß nur ein solcher Mensch wie König Ludwig II., unfruchtbar vielleicht der Liebe nach, so verschwenderisch befruchtend wie sein Ideal, die Himmelssonne, auf seine Zeit einwirken konnte. Wieviele Künstler, Kunstwerkstätten jeder Art, wieviele Kunsthandwerker jeglichen Gewerbes fanden durch ihn befruchtende Anregung zu Schöpfungen in Schönheit, deren menschliche Vollkommenheit den Beschauer ergötzt, um nicht zu sagen, berauscht. Es ist sicher keine Einzelerscheinung gewesen, daß, wie ein Baumeister berichtet, Ludwig ihm Entwürfe in Auftrag gab, dann zwei Stunden ihn im Vorzimmer warten ließ, die Entwürfe durchsah, durchstrich, veränderte und ihm zurückgab mit dem Ersuchen, in einem Jahre mit den Entwürfen wieder zu kommen. Nach einigen Tagen erhielt der Baumeister ein Schreiben des Königs, in dem er ihm sehr ans Herz legte, nur ja sehr fleißig in diesem Jahre die Entwürfe durchzuarbeiten, damit sie überhaupt etwas wert würden. Der Baumeister erzählte, daß er noch niemals eine so feinsinnige Korrektur erlebt habe, und daß er in diesem einen Jahre mehr für sein künstlerisches Schaffen gelernt habe als in seinem ganzen übrigen Leben. So ist auch bekannt, daß die Rück-

sichtslosigkeit des Königs, die ans Krankhafte grenzte, in vielen Menschen erst die künstlerische Begabung zur Entfaltung gebracht und gerade diese königliche Schulung sie zu wirklichen Künstlern gemacht hat.

Ein solcher Mensch hat nicht umsonst gelebt, da er so Vielen, und gewiß nicht den Geringsten, so bedeutende Anregung geschenkt hat. Die Nachwelt darf und muß ihm deshalb seine Fehler verzeihen, weil viele so unendlich Vieles durch ihn gewonnen haben, also ihm verdanken.

Ein großes Fragezeichen steht am Schlusse dieses Königslebens, das nicht die Schwungkraft hatte, wirklich das Leben eines Sonnenkönigs im anderen Sinne als das seines Vorbildes, Ludwig XIV., zu werden: Was war an diesem Leben genial, was königlich dem Namen, der Geburt und der Seele nach, und was war bei diesem Narzißten krankhaft, was ist in die Geisteskrankheit, in die Nacht des Wahnsinns einzureihen? Hierauf wird man wohl nie eine Antwort erhalten.

VII.

Die Grundlagen der neuen Organisation der Irrenpflege in Sowjet-Rußland.

Von

Johann Susmann Galant in Moskau.

Mit zwei Figuren im Text.

Die neuen Strömungen, die sich vielfach in der russischen psychiatrischen Wissenschaft bemerkbar machen und die drohen das alte Gebäude der Psychiatrie ganz umzustürzen, um an seiner Statt eine neue Psychiatrie auf neuen Fundamenten zu bauen [1]), gehen nicht ohne Wirkung auch auf die Organisation der Irrenpflege in den Vereinigten Staaten Rußlands (S. S. S. R.) vor sich. Eigentlich sind es nicht so viel die neuen wissen-

[1]) Ich habe hier hauptsächlich die reflexologische Richtung in der russischen Psychiatrie, die in dem Akademiker Professor Dr. *Wladimir Michajlowitsch Bechterew* und in seiner Schule ihren Anleiter und ihre Vertreter hat, im Auge. Die von *Bechterew* neu begründete Wissenschaft der Reflexologie „ist die Wissenschaft von der menschlichen Persönlichkeit, die von einem streng objektiven Gesichtspunkt erforscht wird. Diese Wissenschaft stellt einen Zyklus von Kenntnissen dar, an die sich das menschliche Denken noch nicht gewöhnt hat, und die darin bestehen, daß nicht nur die elementaren, sondern selbst die höheren Verrichtungen des Menschen, die in der Umgangssprache als Entäußerungen des Gefühls, der Intelligenz und des Willens oder allgemeiner ausgedrückt, Entäußerung der sogenannten psychischen Tätigkeit oder der „geistigen Sphäre" bekannt sind, von einem streng objektiven Standpunkte aus studiert werden, wobei man sich ausschließlich auf die äußeren Eigentümlichkeiten des menschlichen Benehmens, seine Mimik und Gesten, seine Stimme und Sprache beschränkt, die als eine vereinigte Gesamtheit von Zeichen auf die inneren und äußeren Wirkungen in der Jetztzeit und in der Vergangenheit, die sie bedingt haben, hinweisen." (*Bechterew*, Allgemeine Grundlagen der Reflexologie des Menschen, 2. Aufl., Moskau-Petrograd 1923.)

Die pathologische Reflexologie, die denselben Gegenstand wie die normale Reflexologie, aber in krankhaft veränderten Fällen behandelt, soll, so meint *Bechterew*, die Grundlage der Psychiatrie, ja die eigentliche Psychiatrie der nahen Zukunft werden. In einer langen Reihe von Arbeiten, die fast alle in der russischen Sprache verfaßt sind, lehrt *Bechterew*, wie man sich die pathologische Reflexologie nutzbar machen soll. Hier kann ich natürlich auf die Einzelheiten oder gar Feinheiten der pathoreflexologischen Lehren *Bechterews* nicht eingehen und kann mir nicht einmal erlauben auch nur in groben Strichen die Wege der Pathoreflexologie zu zeichnen. Der deutsche Leser, der einen Begriff von der *Bechterew*schen Pathoreflexologie bekommen will, lese: *Bechterew*, Die Perversitäten und Inversitäten vom Standpunkte der Reflexologie im Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. 68, S. 100.

schaftlichen Strömungen als das Leben im allgemeinen und das Leben der Geisteskrankheiten insbesondere, die Neuorientierungen, neue Wege und neue Taten auf dem Gebiete der Irrenpflege bewirken. Dabei ist das Leben der Geisteskrankheiten in abstrakto zu verstehen, d. h. eine jede Geisteskrankheit als eine abstrakte Einheit, unabhängig von den an ihr Erkrankten betrachtet, macht im Wandel der Zeiten verschiedene Änderungen und Entwicklungen, Blütezeit und Zerfall durch und stirbt zuletzt ab. Geradezu bei den Geisteskrankheiten wird ein intensives Leben in diesem Sinne bemerkt. Die Krankheiten blühen da

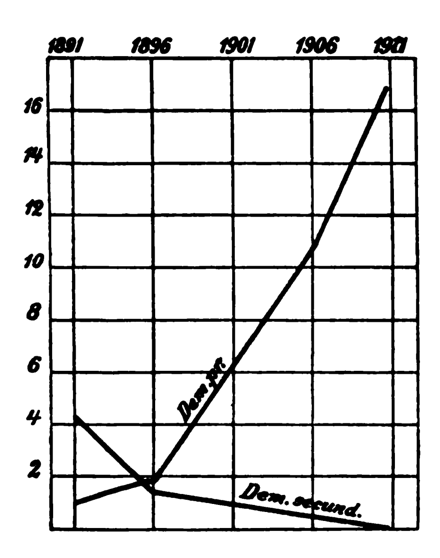


Fig. 1. Die Häufigkeit von Dementia praecox und Dem. secundaria in den Jahren 1891—1911 in % ausgedrückt. Stationäres Material der psychiatrischen Universitätsklinik Moskau nach F. F. *Rybakow*.

auf einmal auf, leben eine Zeitlang sehr intensiv, dann aber verringern sie sich bedeutend oder sterben ganz ab. Da wäre an die akute Paranoia und die Dementia secundaria, die in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Hegemonie unter den Geisteskrankheiten hatten, zu erinnern; dann ist es *Meynerts* Amentia in ihren verschiedenen Formen (1890—1896), die die Oberhand gewinnt, dabei wetteifern mit ihr die Vesaniae (gemischte Formen akuter Psychosen *Korsakows*). Zuletzt ist es die Dementia praecox *Kraepelins*, die die Paranoia, Amentia und Vesaniae ganz in den Hintergrund drängt und die Herrschaft unter den Geisteskrankheiten an sich reißt, scheint aber jetzt, durch *Bleulers* „Schizophrenien“ verdrängt, selbst in den Hintergrund zu treten, obwohl die Sachlage noch nicht ganz klar ist und die Bestrebungen, die Schizophrenie in ihren Elan einzuschränken und die Dementia praecox vom Untergang zu retten, hin und wieder an Kraft gewinnen.

Daß unter solchen Umständen die Irrenpflege in ihren Grundprinzipien wechseln muß, erleuhtet einen von selbst. Ein Paranoia, Vesania, Amentia oder Dementia praecox kann man ja nicht in gleicher Weise behandeln und pflegen, und ist die Mehrzahl der Geisteskranken in einer Irrenanstalt Amentia und in der anderen Dementia praecox, so wird es natürlich mit der Irrenpflege in jeder der beiden Irrenanstalten ganz anders aussehen müssen, da ja diese Krankheiten anders aufgefaßt werden, und ihre Eigentümlichkeiten es verlangen, daß sie jede für sich anders behandelt werden.

Also haben wir uns am wenigsten geirrt, als wir eingangs sagten, daß die neuen wissenschaftlichen Strömungen auch die Irrenpflege verschieden gestalten, da, wie wir sehen, das Leben der Krankheiten, speziell der

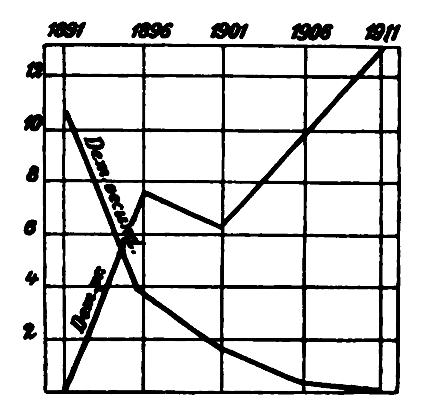


Fig. 2. Die Häufigkeit von Dem. praecox und Dem. sekundaria in den Jahren 1891—1911 in % ausgedrückt. Ambulatorisches Material der psychiatrischen Universitätsklinik Moskau nach *F. E. Rybakow*.

Geisteskrankheiten, eng an die herrschenden Doktrinen geknüpft ist. Es wäre aber verfehlt zu glauben, daß die Krankheiten nur in den Doktrinen leben, und keine objektiv nachweisbaren Zeichen und Veränderungen, die für das reale Leben der Krankheiten gesprochen hätten, existieren. Wir wissen, daß fast alle Krankheiten im Lauf der Zeiten ihren Charakter ändern, sei es, daß die Virulenz der Mikroorganismen, die die Krankheiten (Infektionskrankheiten) verursachen, aus irgendeinem Grunde schwächer oder intensiver wird, oder der Organismus der Menschen erwirbt eine gewisse Immunität gegen die Krankheitserreger, und die Krankheiten nehmen immer mehr einen gutartigen Charakter an. So soll die Syphilis in unserer Zeit infolge allmählich erworbener Immunität gegen das Syphilisvirus nicht mehr so stürmisch bösartig verlaufen, wie sonst einmal; auch soll die progressive Paralyse nicht so unheilvoll wie zuvor wirken, und sollen sogar Heilungen dieser unheilbaren Krankheit vorgekommen sein.

Andererseits ist es zweifellos, daß das Leben im allgemeinen — die Zivilisation und die Kultur, das politische und religiöse Leben, Sitten

und Lebensweise, das Milieu usw. — auf die Art der Geisteskrankheit, auf ihren Charakter und Verlauf wirken und sie eigenartig gestalten. Anders sah es aus mit den Geisteskranken in dem mystisch gearteten Altertum, anders in dem religiös äußerst aufgestachelten Mittelalter, wiederum anders in dem naiv „teufelsgläubigen" XVII. Jahrhundert usw. Auch die Zahl der Erkrankungen ist in verschiedenen historischen Epochen verschieden, abhängig von der Kultur und der Zivilisation des Landes, wie es aus vielen Statistiken, z. B. der unten folgenden englischen Statistik, wo die Zahl der Geisteskranken nicht von Epoche zu Epoche, sondern von Jahr zu Jahr, von Jahrzehnt zu Jahrzehnt wächst, zu ersehen ist.

1862	fallen	55 525	Geisteskranke	auf	29 197 737	Einwohner
1872	„	77 013	„	„	31 842 522	„
1882	„	99 871	„	„	34 788 814	„
1892	„	120 004	„	„	37 732 922	„
1902	„	149 647	„	„	42 372 556	„

Also vergrößerte sich die Zahl der Geisteskranken in England alle 10 Jahre um 20 000 und im Verlaufe von 40 Jahren um mehr als das 2½ fache!

Ohne uns weiter bei dem Einflusse der Kultur auf die Geisteskrankheiten und auf die Zunahme derselben weiter lange aufhalten zu können, wollen wir nur hervorheben, daß es nicht die Kultur ist, die zu Geisteskrankheiten führt, sondern jene vielen Nebenerscheinungen der Kultur, wie die übermäßige Dichte der Bevölkerung, Pauperismus, Syphilis, Alkoholismus usw., die die Zunahme von Geisteskrankheiten bedingen. Wieweit man dennoch von ungünstigen Wirkungen der Kultur auf den geistigen Gesundheitszustand der Bevölkerung sprechen kann (da es doch die Kultur ist, die Pauperismus, Syphilis und Alkoholismus mitbringt), bleibt dahingestellt.

Dafür aber ist es unbestritten, daß politische Kataklysmen, schwere politische Perturbationen und Umwälzungen, wie es Krieg und Revolution sind, auf den seelischen Gesundheitszustand der Bevölkerung ungünstig wirken, und die Zahl der Geisteskranken steigt in solchen Zeiten bedeutend in die Höhe. Der Weltkrieg, die Revolution und der Bürgerkrieg in Rußland sprechen sehr beredt dafür.

Wichtig aber hervorzuheben ist nicht soviel die Vermehrung der Geisteskranken im Anschluß an die schweren politischen Ereignisse als der eigenartige Charakter der psychischen Erkrankungen, wie sie sich in unserer Zeit ausbilden. Mehrere Autoren, in Rußland ist es besonders Professor *Gilarowsky* (Vorstand des psychiatrischen Don-Krankenhauses [„Donskaja Letschebnitza"] in Moskau), sind darauf aufmerksam geworden, daß wir eine starke Wandlung in den Lebensverhältnissen der Geisteskrankheiten (Häufigkeit und Art der auftretenden Krankheiten, Beginn, Verlauf und Ausgang der Krankheiten, ihre Gut- und Bösartigkeit, ihr allgemeiner Charakter usw.) erleben. Nach *Gilarowsky* sollen sich die Erkrankungen an schweren Psychosen vermindert haben, die metasyphilitischen Erkrankungen sollen an Bösartigkeit bedeutend abgenommen haben, ebenfalls an Häufigkeit. Hingegen ist die Zahl der „Degeneraten" als Folge der Degeneration durch Alkohol, Syphilis usw. un-

ermeßlich in die Höhe gestiegen. Die Geisteskranken unserer Zeit werben sich hauptsächlich unter den schwer anpassungsfähigen und wenig widerstandsfähigen, für eine selbständige Lebensführung in den gewöhnlichen sozialen Verhältnissen nicht geeigneten Individuen, die allein sich überlassen leicht der Narkomanie, dem Verbrechen, der Prostitution usw. verfallen, und sie präsentieren sich uns unter dem Bilde der Neuropathie, Neurasthenie, Hysterie, Psychasthenie, Psychopathie, traumatischen Neuropsychose usw. Alle diese Krankheitsbilder in ihrer gewöhnlich leichteren Form werden von den Franzosen unter dem Sammelnamen „petits mentaux" zusammengefaßt und werden auch als folie lucide und folie avec conscience bezeichnet. Sie sind es, die ihren besondern Stempel auf die psychiatrischen Krankheitsbilder unserer Zeit legen und auch die Irrenpflege auf neue Wege bringen.

Tatsache ist, daß die Psychopathien der obenerwähnten Formen sich für die Behandlung in den geschlossenen Irrenanstalten nicht eignen und für eine solche in den allgemeinen Krankenhäusern noch weniger. Der Psychopath, in die Irrenanstalt verbracht, wird daselbst zu einem Ferment, das alles in Gärung hält und die größte Desorganisation stiftet. Ich erinnere mich an meine Unterassistentenzeit in der Irrenanstalt Burghölzli in Zürich (1916), wo eine einzige debile Psychopathin, auf eine beliebige Abteilung verbracht, daselbst alles in Aufruhr brachte, völlige Desorganisation entwickelte und einer jeden Behandlung trotzte. Apomorphinspritzen nahm sie mit besonderem Trotz und „Heroismus" entgegen und beeinflußte die Mitpatientinnen nach wie vor in sehr unerfreulicher Weise. Diese eine Pat. fesselte die Aufmerksamkeit der Direktion und aller Ärzte, es wurde ihr allein ein Arzt für eine entsprechende Behandlung zugestellt, der übrigens lange keinen Erfolg hatte.

Mehrt sich nun die Zahl der Psychopathen, die das normale gesellschaftliche Leben in der Außenwelt stören (wie es jetzt feststeht), ins Ungeheure, so ist es nur zu klar, daß es zunächst die Frage nach der Behandlung und Pflege dieser Kranken ist, die uns mit ihren fürchterlichen Augen anstarrt. Wir haben gar keine Institutionen, keine geeignete Anstalten, die die Behandlung der Psychopathen auf sich nehmen könnten. Unterdessen gibt es keinen anderen Ausgang, in der Irrenpflege vorwärts zu kommen, als die Frage nach der rationellen Behandlung der Psychopathen befriedigend zu lösen.

Damit ist die neue Orientierung in der Irrenpflege als natürliche Folge der neuen Sachlage auf dem Gebiete der psychischen Erkrankungen gegeben. Die geschlossene Irrenanstalt bei all ihrem Fortschritt, was den humanen Umgang mit den Geisteskranken anlangt, steht weit vom Leben und kann jene nahen Beziehungen, die zwischen den gewöhnlichen Krankenhäusern und der Bevölkerung existieren, nicht unterhalten. Das Odium einer Zwangsanstalt hängt der Irrenanstalt bis auf heute so stark an, daß sie sich die Sympathien des Gros der Bevölkerung schwer erwerben kann, und der mehr oder weniger selbstbewußte Psychopath meidet auf allerlei Weise die Behandlung in einer Irrenanstalt.

Die Irrenanstalt ist also nicht populär, steht abseits vom Lebensstrom, kann keine therapeutische und prophylaktische Tätigkeit außerhalb der Irrenanstalt entfalten und die psychische Gesundheit der Be-

völkerung nicht überwachen. Unterdessen ist die Verhütung der Geisteskrankheiten, die Psychoprophylaxis eine so bittere Notwendigkeit, daß sie nicht mehr aufgeschoben werden kann. Die moderne Irrenpflege, wie sie das Leben selbst auf die Oberfläche bringt und wie sie sich entwickelt, von tüchtigen Männern, die ihr Wesen erkannt haben, geleitet, will dieser Aufgabe nachgehen.

Was uns Psychiatern jetzt bitter not tut, ist nicht der Mangel an geschlossenen Irrenanstalten, sondern das Fehlen offener psychiatrischer Krankenhäuser — Psychobolnitzi, wie sie russisch heißen, die die Gestalt der gewöhnlichen Krankenhäuser haben sollen, alle die Formalitäten, die mit der Aufnahme in eine geschlossene Irrenanstalt und mit der Entlassung aus derselben verbunden sind, entbehren, die nahe Beziehungen zu den Massen unterhalten und eine Verbindungsbrücke zwischen der Irrenanstalt und der Bevölkerung bilden sollen. Das offene psychiatrische Krankenhaus soll am Ende alle die Vorurteile, die in dem Volke gegen Psychiatrie und Psychiater herrschen, zunichte machen und die Möglichkeit einer beständigen Fühlung zwischen Psychiater und Außenwelt in aller Hinsicht fördern.

Der größte Vorwurf, den man dem Psychiater machen kann, war der, daß er nichts, aber auch wirklich nichts für die Prophylaxe von Geisteskrankheiten getan hat. Das war aber beim Herrschen der alten Anstaltspsychiatrie gar nicht möglich, denn der Psychiater lebte nicht im Volke, sondern mit den Irren in der Irrenanstalt gefangen, und ich erlebte es nicht bloß einmal, daß der Arzt der Irrenanstalt klagte, er werde bald selbst vom langen Sitzen in der Irrenanstalt katatonisch...

Also müssen wir den Psychiatern „das Gehen in das Volk", wie wir Russen es nennen, zur Pflicht machen, da uns durch den engen Kontakt, der zwischen dem Psychiater und dem Mann aus dem Volke hergestellt sein wird, die Möglichkeit gegeben werden kann, daß die Vorbeugung von Geisteskrankheiten stattfinde. Eine Stufe, die vom Leiter der Irrenanstalt auf den Erdboden des Volkes führt, ist das erwähnte offene psychiatrische Krankenhaus.

Die Idee solcher psychiatrischer Krankenhäuser ist nicht neu. Sie feiert bald ihr 25jähriges Jubiläum. Im Jahre 1900 nämlich ist in Amerika die Liga der Psychoprophylaxis und der Psychohygiene gegründet worden, die sich zur Aufgabe stellte, die Nervosität, die im Zusammenhang mit dem allzu intensiven Leben der Bevölkerung des hochzivilisierten Amerika steht, zu bekämpfen und die Entstehung von psychischen Krankheiten ernsterer Tragweite, die auf dem Boden einer Nervosität, einer Neurasthenie, Psychasthenie, Neuropathie usw. wachsen könnten, zu verhindern. Die Liga verfügt über viele Krankenhäuser zur Behandlung von Grenzzuständen, Dispensatorien und Konsultationen, die Psychoprophylaxis und Psychohygiene treiben, Laboratorien, die einerseits für wissenschaftliche psychophysiologische Forschungen, andererseits für die Bestimmung des Berufs und Entscheidung anderer Lebensfragen (praktische Laboratorien) bestimmt sind.

Was in Amerika schon lange not getan hat, das macht sich in Rußland erst jetzt besonders fühlbar. Abgesehen davon, daß sich der Charakter der psychischen Erkrankungen, wie wir schon oben hervorgehoben haben,

im Sinne eines starken Anwachsens von Psychopathien, die für die Behandlung in einer Irrenanstalt nicht geeignet sind, und eines Zurückgehens der schweren Psychosen verändert hat, ist auch die Zahl der Geisteskranken, die die Versorgung in einer Irrenanstalt benötigen und aus Platzmangel draußen behandelt werden müssen, groß. Die Betätigung des Psychiaters außerhalb der Irrenanstalt ist also sehr nötig und wichtig, vielleicht notwendiger als in der Irrenanstalt, und soll zunächst im offenen psychiatrischen Krankenhaus, in der Psychobolnitza ihren Ausdruck finden.

Das psychiatrische Krankenhaus soll die Rolle des Vermittlers zwischen Irrenanstalt und Bevölkerung übernehmen. Ein jeder Kranke wird da einer Untersuchung und kurz dauernden Beobachtung unterworfen und je nachdem in die Irrenanstalt versetzt, mit den nötigen Instruktionen entlassen, oder er wird noch einige Zeit im Krankenhaus behalten, um gebessert oder ganz geheilt entlassen zu werden. Da sich die Hausordnung im psychiatrischen Krankenhause im großen und ganzen kaum von derjenigen eines gewöhnlichen Krankenhauses unterscheiden wird, so wird es die Bevölkerung nicht so wie die Irrenanstalt abschrecken und das nötige Vertrauen zum Arzt-Psychiater, das jetzt im allgemeinen leidet, wird sich verstärken.

Die zweite „niedrigere" Stufe, die den Psychiater noch tiefer in das Volk versetzen soll, ist das psychiatrische Dispensatorium, das nach dem Muster der Dispensatorien für Tuberkulöse, für Geschlechtskranke usw. errichtet werden soll. Ausgehend von dem richtigen Standpunkt, daß Geisteskrankheiten z. T. Volksseuchen sind (z. B. der Alkoholismus, die Narkomanien, die Nervosität usw.), die um so verheerender wirken, als sie nicht vorübergehende Erscheinungen, sondern fortdauernd im Volke bestehen und z. T. vererbt werden, war es allzu nahe, in der Behandlung dieser Volksseuchen denselben Weg einzuschlagen wie bei den rein somatischen Volksseuchen, und die Einrichtung von Dispensatorien, die hauptsächlich psychoprophylaktisch und psychohygienisch wirken sollen, zu fördern. Das Verhüten des Alkoholismus, der Narkomanie, der Psych- und Neurasthenie und der verschiedenen Formen der Nervosität ist viel leichter als diese Krankheiten zu heilen. Und dies Verhüten kann natürlich nicht in Irrenanstalten, die weit vom Leben und gar in keinem Kontakt mit dem Gros der Bevölkerung, das sich mißtrauisch ihnen gegenüber verhält, stehen, geschehen. Das kann nur in einem wohl eingerichteten und mit den besten psychiatrischen Kräften versehenen Dispensatorium stattfinden.

Die Psychoprophylaxis und Psychohygiene des Dispensatoriums muß hauptsächlich darin bestehen, daß die Psyche des Kranken, sein tagtäglicher Gedankengang, seine Einstellung zu Menschen und Dingen in Bahnen gelenkt werden, die die Krankheit in ihren Wurzeln untergraben und dem ganzen Wirken und Denken des Kranken eine ganz neue Richtung geben, die günstig für einen dauernden, immer kräftiger werdenden Gesundheitszustand wirkt. Besonders wichtig ist aber die prophylaktische Arbeit des Psychodispensatoriums in Hinsicht der Suche nach der Möglichkeit, die Kranken in solche Lebensbedingungen zu bringen, daß sie nützliche Mitglieder der Gesellschaft werden. Das Dispensatorium sorgt also dafür, daß der Kranke in ein Milieu hineinkommt,

das einen günstigen Einfluß auf seine Lebensweise ausübt und ihm das Bewußtsein verschafft, daß er ein nützlicher Mensch und für die Gesellschaft notwendig sei, wofür ihm auch die Gesellschaft besondere Rechte verleiht und ihn die Freuden des Lebens genießen läßt.

Hauptsächlich soll aber das Psychodispensatorium dem Psychiater den Weg in das Volk ebnen. Es ist doch kein bloßer Zufall, daß ungeachtet der großen Häufigkeit der Geisteskranken unter den so vielen Spezialitäten, die die Ärzte im Leben vertreten, die Psychiatrie fast fehlt. Das Volk kennt noch die Nervenärzte, von dem Psychiater aber will es nichts wissen! Das Odium der Irrenanstalt macht den Psychiater bei der Bevölkerung oft so unliebsam, daß er gar keine Wurzeln im Leben fassen und höchstens als „Nervenarzt" wirken kann. Eine gelungene Arbeit der Psychodispensatorien allein wird imstande sein den Psychiatern den guten Ruf, den sie verdienen, in das Volk zu tragen, sodaß der Arzt-Psychiater schließlich so populär werden wird wie der Mediziner, der Chirurg, der Geburtshelfer usw.

Natürlich verlangt die Organisation der Psychodispensatorien große Anstrengungen und die besten Arbeitskräfte, die sich unter den Psychiatern finden, müssen für das Psychodispensatorium, eigentlich für seine Organisation, in Anspruch genommen werden. Denn es müssen ja für die zwei Hauptaufgaben des Psychodispensatoriums, die wir oben in den allgemeinen Zügen besprochen haben (Psychoprophylaxis und Psychohygiene), gründliche Kenntnisse auf allen Gebieten der Psychologie, besonders der modernen Experimentalpsychologie, auf dem Gebiete der Psychologie der Berufe (Berufswahl, bzw. Berufswechsel), auf dem Gebiete der Psychotechnik da sein; weiterhin müssen die Psychiatrie in allen ihren Fächern, die Vererbungslehre, die Konstitutionslehre im Psychodispensatorium gut vertreten sein, abgesehen von dem allgemein medizinischen Wissen, das unmöglich fehlen kann. Trotzdem in Rußland die besten psychiatrischen Kräfte besonders auf dem Gebiet der öffentlichen und organisatorischen Psychiatrie durch den Krieg, Revolution und die Seuchen weggerafft worden sind (es sind in den letzten Jahren in Moskau allein infolge von Typhus exanthematicus und anderen Krankheiten folgende Psychiater gestorben: *O. B. Felzmann*, *S. S. Stupin*, *S. J. Fomin*, *N. G. Eldarow*, *M. Jn. Löwenstein*, *Selmann*, *M. P. Litwinow*. *P. P. Kaschtschenko*, *W. J. Semidalow*, *N. A. Bunejew*, *F. E. Rybakow*, *S. D. Kolstinsky*, *A. N. Bernstein*, *M. A. Lunz*, *E. A. Genika*, *W. P. Serbsky*, *N. N. Baschenow*) und neue Kräfte, die sie ersetzen könnten, noch nicht voll aufgesprossen sind, bemüht sich die russische Psychiatrie ihren Kräften nach die notwendig gewordene neue Organisation der Irrenpflege durchzuführen.

Sinowjew, der, wie alle anderen, die ungeheuere Zunahme der Psychoneurotiker, Psychotraumatiker und Psychopathen, die einer Behandlung außerhalb der psychiatrischen Heilanstalt bedürfen, hervorhebt, und der die allgemeine „nervöse Übermüdung" aller derjenigen, die aktiv an den Ereignissen der letzten Jahre teilnahmen, das Steigen der Narkomanien und des Alkoholismus und der syphilitischen Erkrankungen, die zu einer psychischen Degeneration führen, als Momente hinstellt, die die psychische Volksgesundheit nicht minder gefährden und untergraben als die Tuber-

kulose und die Geschlechtskrankheiten, stellt sich die Tätigkeit des Psychiaters in der Bekämpfung der psychischen Seuchen, die natürlich nur außerhalb der Irrenanstalt geschehen kann, in folgenden Formen vor:

1. Die ambulatorische und die private Behandlung aller Arten psychischer Erkrankungen beim Kranken zu Hause.

2. Untersuchungsarbeit auf dem Gebiete der psychischen Morbidität der Bevölkerung, der berufs- und sozial-psychischen Schädlichkeiten und ihrer Entäußerungen (Zählung und Registrierung der Geisteskranken, Untersuchung der Verurteilungsmöglichkeit [Zurechnungsfähigkeit] der Psychopathen, das Studium der für die psychische Gesundheit in Betracht kommenden Eigentümlichkeiten der einzelnen Gewerbe, die Zählung der Selbstmorde, die Registrierung und Untersuchung der Herde der Verbreitung des Alkoholismus und der Narkomanien und die Erforschung der Bedingungen der Entstehung und Entwicklung der sozial-psychischen Erkrankungen, die Aufdeckung der Beziehungen zwischen Prostitution und Psychopathie, die Besichtigung und das nähere Eindringen in die häuslichen Lebensbedingungen der Geisteskranken, der Neuro- und Psychopathen usw.).

3. Die Erteilung von Anweisungen zum Schutz der psychischen Gesundheit, insbesondere an Personen mit einer nicht genügend stabilen, erblich belasteten und infolge von wirkenden Schädlichkeiten bedrohten psychischen Konstitution (Konsultationen in wichtigen Lebens- und Berufsfragen: der sexuellen Hygiene, des Eintretens in die Ehe, der Wahl des Berufes und in anderen Fragen, die die individuelle psychische Prophylaxis betreffen).

4. Moralische und materielle Unterstützung psychisch wenig widerstandsfähiger Personen in Fällen, wo sie leicht aus ihrem seelischen Gleichgewicht hinausgeschleudert werden können (Hilfe den genesenden Geisteskranken, die aus der Irrenanstalt entlassen werden, den Psychopathen und Psychoneurotikern, die aus der Verhaftung befreit werden, den Personen, die Selbstmord begehen wollten, den früheren Alkoholikern und Narkomanen, die eine moralische Unterstützung nötig haben usw.).

5. Konsultationstätigkeit gemeinsam mit verschiedenen medizinischen nicht psychiatrischen Organisationen (Krankenhäuser und allgemeine Ambulatorien, die Organisation der medizinischen Hilfe bei den Kranken zu Hause, Institutionen der medizinischen Expertise usw.), wenn bei diesen letzteren Fragen auftauchen, die zu ihrer Lösung psychiatrische Kenntnisse voraussetzen.

6. Konsultationen an nicht medizinischen Institutionen und Organisationen, (Beratung mit den Unternehmern und professionellen Organisationen, der Mittel, um Momente und Umstände, die schädlich auf die psychische Gesundheit der verschiedenen Kategorien von Arbeitern wirken, zu beseitigen, sowie in allen Fragen der Psychohygiene der Arbeit) und Expertise (die bürgerliche — Feststellung der Berufstüchtigkeit und Arbeitsfähigkeit — und die gerichtliche).

7. Die sanitär-aufklärende Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychohygiene (eine entsprechende Erziehung der Kranken, das Abhalten von Vorlesungen, die Organisation von Vereinen, die Veranstaltung von Ausstellungen, die Verbreitung populär-wissenschaftlicher Literatur usw.).

Dieser Überblick der ärztlichen Tätigkeit des Psychiaters in der menschlichen Gesellschaft (und nicht im Irrenhause!) belehrt uns, daß für die wichtige Erfüllung der Aufgaben, die an die Psychiater im Leben gestellt werden müssen, Hunderte, ja Tausende von Psychiatern nötig sind. Unterdessen ist die Zahl der Psychiater sehr beschränkt (hauptsächlich wegen Mangel der Popularität bei der Bevölkerung) und es ist schon aus diesem Grunde sehr fraglich, ob wir bald in unseren Bestrebungen, die Psychiatrie im Volke populär zu machen und seine Sympathien für sie zu gewinnen, den gewünschten Erfolg erreichen werden.

Zur Zeit ist die neu entworfene Organisation der Irrenpflege wohl nur in den großen Städten, wo sich ihre Notwendigkeit besonders fühlbar macht, durchzuführen. Auch ist die Bevölkerung der großen Städte vorurteilsfreier, intelligenter und fähig, die medizinischen Neueinführungen in ihrem Nutzen richtig einzuschätzen und sie willig aufzunehmen. In der Provinz steht es in dieser Hinsicht weit nicht so günstig.

In Moskau sind es die Institution der Rayonpsychiater und die Psychodispensatorien, die den Kern, aus dem die neue Irrenanstalt aufblühen und weit über das ganze Land ihre Zweige ausschicken soll, bilden. Da die neue Irrenpflege eben im Stadium der ersten Organisation sich befindet, so ist es noch zu früh über ihre Erfolge zu berichten. Die Tatsache allein, daß die neue Organisation der Irrenpflege sich durchführen läßt, und zwar mit bedeutendem Erfolg, ist der erste faßbare Beweis ihrer Notwendigkeit und ihres zeitgemäßen Auftritts.

Das Psychambulatorium, das dem Rayonpsychiater unterstellt ist, scheint noch nicht seine volle Entwicklung erreicht zu haben, und die entsprechende Wirkung, die von ihm zu erwarten wäre, bleibt z. T. noch aus. Doch sind Zeichen da, die den Erfolg bis auf ein mustergültiges Dispensatorium versprechen. Eine engere Zusammenarbeit mit den Behörden des Rayons, insbesondere mit den anderen medizinischen Anstalten [1], beim Wachsen von jungen psychiatrischen Kräften, wird wohl die Arbeit der Rayonpsychiatrie fördern.

Wegen der neuen Organisation der Irrenpflege im Rahmen der offenen psychiatrischen Krankenhäuser, der Psychambulatorien und Psychodispensatorien und der Privatpraxis des Arzt-Psychiaters bei den Geisteskranken zu Hause darf natürlich die alte Irrenanstalt oder Heil- und Pflegeanstalt, wie sie aus gewissen Tendenzen mit Vorliebe genannt wird, nicht ganz übersehen werden, da diese Anstalten nach wie vor nötig sind, und man darf ihre Reorganisation nicht aus dem Auge fallen lassen. Speziell in Sowjet-Rußland, wo die Pflege in den Irrenanstalten besonders menschlich und human umgestellt ist, ist das Irrenhaus für alle Zukunft eine Institution, die schwer entbehrlich und unter ständigem Formwechsel eine Zufluchtsstätte für Menschen bleibt, die für das Leben ganz unnütz, schädlich und selbst gefährlich geworden sind und in ihrem eigenen Interesse einer Isolierung in der Irrenanstalt — eine zeitweilige oder andauernde — bedürfen. Dabei muß aber die Irrenanstalt nicht nur Pflege-

[1]) Um das Psychodispensatorium populär zu machen, wird es zunächst als eine besondere Abteilung für Narkomane an den Tuberkulosedispensatorien usw. eröffnet.

sondern auch Heilanstalt sein und mit Bezug auf diesen wichtigen Punkt müssen in den russischen Irrenanstalten gründliche Reformen stattfinden.

Die russischen Heil- und Pflegeanstalten sind überfüllt von chronischen Geisteskranken, die es unmöglich machen, die frischen akuten Fälle, die an die Türe der Irrenanstalt anklopfen, aufzunehmen. Die akuten heilbaren Fälle, die sich schon in der Anstalt befinden, können auch die ihnen am ehesten passende Behandlung nicht erhalten, da die Anstalt auf die Mehrzahl der chronischen unheilbaren Kranken eingestellt ist, so daß die akuten Fälle zu schmal kommen und in ihren eigentlichen Interessen eingeschränkt bleiben.

An dieser Überfüllung sollen die Ärzte allein soweit die Schuld tragen, als sie nicht genug darauf achten, um die Fälle, die chronisch zu werden drohen und die, zur rechten Zeit entlassen, sich noch leidlich in der Außenwelt durchzuarbeiten imstande wären, rechtzeitig zu entlassen. Es gibt nämlich in den Irrenanstalten unter den chronischen „unheilbaren" Fällen sehr viele, die angesichts der völligen Passivität, auf die sie in der Irrenanstalt verurteilt sind, das Interesse am Leben, die Initiative, den Betätigungsdrang allmählich verlieren und „dement" aussehen. Werden aber diese Patienten, die zu den Schizophrenien gerechnet werden, gerüttelt, zu produktiver Arbeit angeregt und zeitig entlassen, so sind sie nicht selten wieder fähig, in der Außenwelt ihr Leben zu fristen. Traurig ist es, daß oftmals die Angehörigen eines Geisteskranken diesen für immer in die Irrenanstalt verweisen und nichts von einer Entlassung des Pat. wissen wollen. Da kann natürlich die Irrenanstalt nicht viel helfen, da die Entlassung unmöglich zugunsten des Pat. ausfallen wird, und er unter der Anfeindung des Milieus wieder schwer erkranken muß.

Das Kontingent der Geisteskranken in den Irrenanstalten ist meist so zufälliger Zusammensetzung, daß ein systematisches Vorgehen in der Behandlung der Kranken unmöglich ist, anderseits ist aber auch eine individuelle Psychotherapie, wie sie bei den akuten Geisteskrankheiten in Frage kommt, Sache der Unmöglichkeit, da die Irrenanstalt über die dafür nötige Zahl der Ärzte nicht verfügt. So geht die Heilkraft der Irrenanstalt so gut wie auf Null herab, und irgendwelche Änderungen müssen da eintreten, wollen wir uns selbst nicht betrügen und die Irrenanstalt mit reinem Gewissen Heil- und Pflegeanstalt nennen.

Die Einrichtung von besonderen Pavillonen für akute Geisteskranke, die mit entsprechend ausgebildetem Pflegepersonal und mit einer genügenden Zahl von Ärzten, die individuelle Psychotherapie nebst den anderen Heilmethoden, die in Frage kommen, treiben sollen, und die nie den passenden Moment für die Entlassung übersehen dürfen, ist wohl die einzige Maßnahme, die da wirklich abhelfen kann und zur Ehrenrettung der Heilanstalt dienen wird.

Manche Psychiater schlagen noch vor, Abteilungen für Neuro- und Psychopathen der verschiedensten Art an den Irrenanstalten auszubauen, da es doch wohl nicht so schnell mit dem Aufbau der selbständigen offenen psychiatrischen Krankenhäuser gehen dürfte, und viele Psychoneurotiker eine Heilanstalt so bitter nötig haben. Die Abteilungen für Psychoneurotiker und Psychopathen an den Heilanstalten würden offene Abteilungen

sein und mehr den Charakter komfortabler Erholungsstätten als eines richtigen Krankenhauses tragen. Wieweit aber die Anziehungskraft solcher Erholungsstätten auf die Psychopathen sein wird, ist eine Frage für sich und wird wohl mit der Tüchtigkeit der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehen. Der Versuch dieser Neueinführung dürfte jedoch auf keinen Widerstand stoßen und wäre sogar interessant in seinen Resultaten einzuschätzen.

Natürlich ist damit die Organisation der alten Irrenanstalten auf neuen Grundlagen noch nicht erschöpft. Doch könnte man sie dabei belassen, wenn die neuen organisatorischen Bestrebungen der Irrenpflege, die über das alte Irrenhaus weit hinausgehen (s. o.), ihrer baldigen Verwirklichung entgegentreten. Die Zukunft der Irrenpflege liegt nicht in den neu zu organisierenden alten Irrenanstalten, sondern in dem Schaffen einer neuen Irrenpflege, wo das offene psychiatrische Krankenhaus, das Psychambulatorium, das Psychodispensatorium und die Ärzte-Psychiater in ihrer psychiatrischen Privatpraxis die Geisteskranken heilen und die psychische Gesundheit des Volkes psychoprophylaktisch und psychohygienisch schützen. Jeder selbstbewußte Psychiater, dem die psychische Gesundheit des Volkes, die Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft und die hohen Interessen seines Standes nahe am Herzen liegen, wird sich über seine Kräfte bemühen, damit die neue Organisation der Irrenpflege überall in der nächsten Zukunft in ihre Rechte gelangt und sich voll entwickelt. Ein höheres Ideal zu erreichen, gibt es für den Psychiater der Gegenwart nicht!

Literatur.

1. *Bechterew, W.*, Allgemeine Grundlagen der Reflexologie des Menschen. Moskau 1923. Dieses Buch enthält ein Verzeichnis von 92 Arbeiten des Verfassers über die Reflexologie. Speziell über Pathoreflexologie gibt es 17 Arbeiten aus seiner Feder.
2. *Bechterew, W.*, Die Perversitäten und Inversitäten vom Standpunkt der Reflexologie. Arch. f. Psychiatrie Bd. 68, S. 100.
3. *Rybakow, F.*, Der Einfluß der Kultur und der Zivilisation auf die Geisteskrankheiten. Arbeiten der psychiatrischen Klinik der Universität Moskau Bd. II, 1914, S. 183.
4. *Rybakow, F.*, Der Einfluß der wissenschaftlichen Richtungen in der Psychiatrie auf die Diagnose der Geisteskrankheiten. Arbeiten der psychiatrischen Klinik der Universität Moskau Bd. I, S. 22, 1913.
5. *Gilarowsky, W.*, Die Evolution in der Psychopathie in den letzten zehn Jahren. Journal f. Psychologie, Neurologie und Psychiatrie Bd. III, S. 134, 1923 (russisch).
6. *Bruchansky*, P., Die derzeitigen Aufgaben der Organisation der psychiatrischen Krankenhäuser. Moskauer med. Journal, 4. Jahrgang Nr. 3, S. 98, 1924.

7. *Sinowjew, P.*, Die Aufgaben der psychiatrischen Hilfeleistung außerhalb der Irrenanstalt und die Rayonorganisation [1]) in Moskau. Moskauer med. Journal Nr. 3, S. 109, 1924.
8. *Sacharow, J.*, Die Organisation der psychiatrischen Hilfeleistung der Bevölkerung. Moskauer med. Journal, 4. Jahrg., 1924.
9. *Sacharow, J.*, Kurzer Abriß der Entstehung und der Tätigkeit der neuropsychiatrischen Sektion des Narkomsdraw. Journal f. Psychologie, Neurologie und Psychiatrie Bd. II, 1923.
10. *Prosorow, L.*, Die Kollegen, die uns verlassen haben (†). Das.
11. *Grombach, W.*, Die Fürsorge der Geisteskranken in Moskau. Ärztlich-sanitäre Chronik von Moskau. Dezember 1918. Nr. 6, S. 6—10.
12. *Grombach, W.*, Moskauer med. Journal, Jg. 4, Januar 1924.
13. *Starobinsky*, Bulletin de la ligne mentale, 1922.
14. *Rosenstein, L.*, Zur Frage der Behandlung des Alkoholismus. *Korsakows* Journal f. Neuropathologie und Psychiatrie IV und VI, 1917.
15. *Rosenstein, L.*, Probleme der Sowjet-Psychiatrie im Zusammenhang mit der neuropsychischen Gesundung der Bevölkerung.
16. *Judin, T.*, Eugenetik und Geisteskrankheiten.
17. *Isissin, A.*, Die sozialen Krankheiten und ihre Bekämpfung.
18. *Prosorow, L.*, Prophylaxis der Geisteskrankheiten und Psychohygiene.
19. *Sinowjew, P.*, Das neuro-psychiatrische Dispensatorium und seine Organisation.
20. *Triumfow*, Die Psychoprophylaxis in der roten Armee.
21. *Straschun*, Prof. *M. Kutanin* und *A. Scholomowitsch*, Die Bekämpfung des Alkoholismus und der Narkomanien.

15—21 sind Vorträge, die auf der zweiten allrussischen Beratung in Fragen der Psychiatrie und Neurologie zur Programmfrage „Probleme der Psychoprophylaxis und Psychohygiene" abgehalten wurden. Die Beratung fand in Moskau statt und tagte vom 12. bis 17. November 1923. — Bericht im Moskauer med. Journal 4. Jg., Nr. 3, 1924.

---

[1]) Moskau ist in 8 Rayonen eingeteilt und jeder Rayon hat seine eigene psychiatrische Organisation.

Kleinere Mitteilungen.

In Sachen der Einstellung eines mit dem ärztlichen Direktor koordinierten Verwaltungsdirektors an jede der Berliner Irrenanstalten ist folgender Bericht erstattet worden:

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie hat bereits in einem Telegramm an den Stadtmedizinalrat zu Berlin warnend seine Stimme erhoben und seiner Überzeugung Ausdruck verliehen, daß das hochentwickelte Irrenwesen der Hauptstadt des Reiches aufs tiefste geschädigt werden würde, wenn — wie anscheinend an entscheidender Stelle des Magistrats geplant wurde — die Leitung der großen städtischen Irrenanstalten in Zukunft zwischen einem ärztlichen Direktor und einem koordinierten Verwaltungsdirektor geteilt werden solle.

Die große Bedeutung der Angelegenheit erheischt es, daß die in jenem Telegramm niedergelegte Anschauung näher begründet wird. Das soll in nachfolgendem geschehen.

Es mag zunächst richtig erscheinen, daß die in Rede stehende Frage: Weiterbestehen der alleinigen verantwortlichen ärztlichen Leitung oder Hinzufügung eines Verwaltungsdirektors mit gleicher Selbständigkeit auf bestimmten Kompetenzgebieten, nur nach den an sonstigen allgemeinen Krankenhäusern gewonnenen Erfahrungen und im Einklang mit den allgemeinen sozialpolitischen Anschauungen der Gegenwart entschieden wird. Den letzteren mag es besonders befremdend erscheinen, daß die Irrenanstalten, welche doch auch als Krankenanstalten anerkannt sind, eine Sonderstellung einnehmen sollten, daß hier Leitung und Verwaltung anders erfolgen soll als in den zahlreichen sonstigen Krankenhäusern. Es ist jedoch hervorzuheben, daß die Irrenanstalten, so sehr gerade ihre Ärzte den Krankenhauscharakter betonen, nur bis zu einer gewissen Grenze den übrigen Krankenhäusern gleichkommen können. Stets wird die Eigenart ihrer Kranken eine Reihe von Sondereinrichtungen und Sonderbestimmungen auch in ihrer Verwaltung verlangen. Richtig wird u. E. weiter nur derjenige die uns beschäftigende Frage beurteilen und entscheiden können, der die Entwicklungsgeschichte der modernen Irrenanstalten in Deutschland beherrscht. Aus den Einrichtungen, die früher in den Irrenanstalten bestanden haben, aus den mannigfachen früheren Versuchen bezüglich der einheitlichen ärztlichen und der Doppelverwaltung durch Arzt und Verwalter, ergeben sich eindeutig die Gesichtspunkte dafür, was jetzt weiter bezüglich der Leitung der Irrenanstalten zu geschehen hat.

Es ist bekannt, daß die Geisteskranken in früherer Zeit auch in Deutschland in Armen-, Siechen-, Korrigenden- und Zuchthäusern unter-

gebracht waren. Hier war natürlich ein Laie der Leiter und Verwalter des Hauses, und nur gelegentlich fanden ärztliche Besuche bei den Kranken statt. Die dann eingeführte tägliche Behandlung durch einen herankommenden Arzt bildete einen weiteren Fortschritt. Er führte dazu, daß diese Kranken eingehender studiert und daß die Notwendigkeit, sie in Spezialanstalten unterzubringen, erkannt wurde. Mit der Einrichtung dieser Sonderanstalten, der „Irrenheilanstalten", (in Deutschland seit 1811) ergab sich unmittelbar für die Behandlung der Kranken die Notwendigkeit, daß der Arzt im Hause wohnen mußte. Und weiter wurde erkannt, daß alles, was der Geisteskranke in der Anstalt sieht und erlebt, ihn seelisch beeinflußt. Ihn beeindruckt Wohnraum, Lager, Kleidung, Beköstigung, ja jeder kleinste ihn umgebende Gegenstand, ebenso wie jedes Wort, jeder Zug im Verhalten des Arztes, der Pfleger, der Beamten, der Angestellten, der ihn besuchenden auswärtigen Personen. Hier liegen eminent wertvolle Einflüsse für die Beruhigung und Heilung der Kranken, aber auch — bei fehlerhaftem Verhalten — Quellen für Reizungen und Verstimmungen, welche der Besserung und Heilung abträglich sind. Aus dieser Tatsache — es ist die wichtigste in der ganzen uns beschäftigenden Angelegenheit — wurde mit Recht abgeleitet, daß in allen Gebieten der Anstalt nur eine einheitliche und verantwortliche Leitung herrschen dürfe, diejenige des besten Kenners der Kranken: des Arztes. Es hat sich denn auch im Laufe der folgenden Jahrzehnte allmählich in ganz Deutschland bei den Verwaltungskörpern die grundsätzliche Bestimmung durchgesetzt, daß an der Spitze der Irrenanstalten als leitender Beamter ein Facharzt steht, der nicht nur die Behandlung der Kranken, sondern auch die gesamte Verwaltung verantwortlich in der Hand hält. Überall, wo dieser Verwaltungsgrundsatz nicht eingehalten wurde, wo neben dem ärztlichen Direktor koordiniert ein Verwaltungsdirektor tätig war, zeigten sich bald Mißstände, Reibungen, Mißverständnisse, Unstimmigkeiten, dem Behandlungszweck entgegenlaufende Bestimmungen. Die Leidtragenden bei diesen Differenzen waren stets die Kranken, deren Belange nicht genügend wahrgenommen waren. Hierfür könnten zahlreiche Beispiele aus der Geschichte der deutschen Irrenanstalten angeführt werden. Nicht um eine einfache Frage der Verwaltungstechnik, nicht um eine Machtfrage handelt es sich hier also — sondern um eine therapeutische Frage von größter Wichtigkeit.

Das leuchtet weiter auch aus einem zweiten Gesichtspunkt hervor, der überall in größeren Irrenanstalten die bestimmende Einwirkung des ärztlichen Direktors auf alle Verwaltungszweige fordert. Es ist die in allen größeren Anstalten immer mehr in Wirksamkeit gezogene Beschäftigungstherapie. Während in allgemeinen Krankenhäusern anderer Art die Kranken sich in ihren Zimmern oder Krankensälen aufhalten, bewegt sich in der Irrenanstalt der größere Teil der Pfleglinge auf dem Gelände der Anstalt umher und wird in den verschiedensten Teilen derselben beschäftigt. Küche und Waschküche, Maschinenhaus, Werkstätten, die landwirtschaftlichen und gärtnerischen Komplexe kommen hierbei ebenso in Betracht wie die Verwaltungs- und Kassenbureaus, die Vorratsräume usw. Überall finden geeignete Kranke Beschäftigung und Verwendung. Es ist dabei selbstredend, daß die ärztliche Leitung auf das Wie? und

Wieviel? dieser Beschäftigung, auf die Art, wie die an diesen Plätzen arbeitenden Angestellten mit den Kranken verkehren, den bestimmenden Einfluß haben muß. Überall muß der leitende Arzt auch hier die entscheidenden Anregungen und Bestimmungen treffen, überall muß er und nur er ein Veto einlegen können, ihm muß die letzte Entscheidung bei Verfehlungen der betreffenden Angestellten zustehen. Von seiner verantwortlichen Entscheidung muß nach erfolgter genauer Voruntersuchung die Entlassung aller für den ärztlichen Heilzweck ungeeigneten Angestellten abhängig gemacht werden. Auch diese Entscheidung kann nicht dem freien Ermessen eines nichtärztlichen Verwaltungsdirektors übertragen werden. Ebenso muß bei vielen Anschaffungen von Inventar die ärztliche Entscheidung maßgebend sein, da es in Form und Art mit Rücksicht auf die Eigenart der Kranken mit sachverständiger Vorsicht gewählt werden muß und nicht derselben Spielweite unterliegen kann wie in einem sonstigen Krankenhaus.

Es versteht sich hierbei von selbst, daß bei dem großen Umfange der Befugnisse, für das Amt des einheitlich leitenden ärztlichen Direktors der Anstalt nur eine über das Mittelmaß hinausragende, taktvolle und großzügige Persönlichkeit gewählt werden kann. Die Anforderungen, welche an den ärztlichen Leiter zu stellen sind, hat schon vor Jahrzehnten der Berliner Professor der Psychiatrie *Griesinger* in geradezu klassischer Weise formuliert. Er verlangt von dem Direktor außer gründlichsten ärztlichen Kenntnissen „wohlwollenden Sinn, große Geduld, Selbstbeherrschung, eine besondere Freiheit von allen Vorurteilen, ein aus einer reichen Weltkenntnis geschöpftes Verständnis der Menschen, Gewandtheit der Konversation und eine besondere Neigung zu seinem Beruf". Jede nur annähernd diese Eigenschaften in sich vereinigende Persönlichkeit wird es verstehen — wie es denn auch die Wirklichkeit an den Anstalten zeigt —, die ihr de jure zustehenden Verwaltungskompetenzen in einer Art auszuüben, daß die Beamten der einzelnen Verwaltungszweige de facto die Subordination kaum spüren, sondern wie koordinierte Beamte mit dem Direktor arbeiten. Wie es dem ärztlichen Direktor nicht möglich ist, die einzelnen Kranken zu behandeln, so kann er — namentlich an den ganz großen Irrenanstalten der Neuzeit — selbstredend nicht jedes Detail der Verwaltung bestimmen. Er soll hier nur richtung- und tonangebend wirken, die Ausführung den Verwaltungsbeamten, denen er vertraut, frei überlassen. Nur muß ihm das Recht bleiben, gebotenenfalls, wo er Mißgriffe bemerkt, in jedem Gebiet der Verwaltung eingreifen und sofortige Umstellung veranlassen zu können.

Über die Zweckmäßigkeit dieses Systems herrscht unter allen wirklichen Sachkennern Einigkeit. Ein moderner psychiatrischer Schriftsteller, *Erlenmeyer* („Unser Irrenwesen, Studium und Vorschläge zu seiner Reorganisation"), der sehr freimütig in die unzureichenden Verhältnisse in den Irrenanstalten hineinleuchtete, bezeichnete das „Zweimännerregiment" (koordinierter ärztlicher und Verwaltungsdirektor) als das „schlechteste und unglücklichste aller Verwaltungssysteme!". Dem werden alle Irrenärzte mit längerer Erfahrung zustimmen. Eine Rückkehr zu diesem System würde einen Rückschritt von größter Tragweite bedeuten. Die gegenwärtigen wirtschaftlichen Verhältnisse erschweren allen

Verwaltungskörpern die bauliche Erhaltung der hochentwickelten deutschen Irrenanstalten: es wäre tief zu beklagen, wenn nun durch unüberlegte Experimente — die schon früher in verschiedenen Teilen von Deutschland mißglückt sind — auch die innere Organisation der Anstalten zum Verfall gebracht würde. Das Verwaltungssystem mit dem alleinig leitenden, verwaltenden ärztlichen Direktor hat sich in den Irrenanstalten durchaus bewährt. Es ist daher bei den eigenartigen Strömungen der Gegenwart verständlich, daß der Referent für das Irrenwesen im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt, Herr Oberregierungsrat *Beyer*, sich dahin ausgesprochen hat (Psych.-Neur. Wochenschr. 29/30 v. 1924), daß die ärztliche Leitung der Irrenanstalten in dem zu erlassenden Fürsorgegesetz für Geisteskranke förmlich festgelegt werden und so vor willkürlichen Änderungen geschützt werden müsse.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie gibt sich der Hoffnung hin, daß bei den weiteren Beschlüssen des Magistrats der Stadt Berlin in der Frage der Leitung und Verwaltung der großen städtischen Irrenanstalten sein Einspruch gegen die Anstellung selbständiger Verwaltungsdirektoren und seine vorstehenden ausführlichen Darlegungen nicht unbeachtet bleiben werden.

Berlin, 17. Februar 1925.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.
Dr. *Bonhöffer*. Dr. *Mercklin*.

Die Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte tagt zum 50. Male am 6. und 7. Juni in Baden-Baden. Geschäftsführer: Geheimrat Professor Dr. *Hoche*-Freiburg und Sanitätsrat Dr. *Zacher*-Baden-Baden. Anfrage wegen Wohnung an den Verkehrsverein Baden-Baden.

Personalnachrichten.

Nekrolog *Elzholz*: Privatdozent Dr. *Adolf Elzholz* in Wien ist am 25. Januar l. J. im Alter von 61 Jahren plötzlich einem alten Herzleiden erlegen. Schüler *Neussers* und *Wagner-Jaureggs* und langjähriger Assistent des letzteren, hat er auf psychiatrischem und neurologischem Gebiete höchst Anerkennenswertes geleistet. Besonders erwähnt seien seine wichtigen Studien über das Blutbild bei Delirium tremens, über den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex, über Karzinom-Psychosen und ganz besonders seine Beiträge zur Pathologie der peripherischen Nervenfaser. Die von ihm erstmals eingehend beschriebenen und gewürdigten *Elzholz*schen Körperchen bei Lyssa sichern seinem Namen dauerndes Bürgerrecht in der Neurologie. In den letzten Jahrzehnten war *Elzholz*, ob seines grundehrlichen Charakters allgemein geachtet, vor allem als Gerichtspsychiater tätig. *Berze*.

Verstorben ist ferner Dr. *Johannes Runkel*, Oberarzt der Prov.-Heilanstalt Kreuzburg (Oberschl.) i. R.

Zu Obermedizinalräten wurden ernannt: die Direktoren der Landesheil- und Pfleganstalt in Hildburghausen Dr. *Büchner*, der Landesheilanstalt Roda Dr. *Friedel*, der Landesheilanstalt in Blankenhain Dr. *Hellbach*, zu Medizinalräten: Oberarzt Dr. *Bringer* in Blankenburg, Oberarzt Dr. *Müller* in Roda, Oberarzt Dr. *Menche* in Hildburghausen, Abteilungsarzt Dr. *Michel* in Blankenhain, Abteilungsarzt Dr. *Linke* und Abteilungsarzt Dr. *Greiner* in Hildburghausen.

In den Ruhestand traten die Professoren Dr. *Rieger* in Würzburg und Dr. *Siemerling* in Kiel.

Assistenzarzt Dr. *Leyser* habilitierte sich an der Universität Gießen für Neurologie und Psychiatrie, Dr. *Strecker* an der Universität Würzburg für Psychiatrie, Dr. *Graf* an der technischen Hochschule München für Psychologie.

Den Lehrauftrag für Psychologie an der 2. Staatsuniversität zu Moskau erhielt Professor Dr. *Ljubuschin*.

Zum a. o. Professor wurde Dr. Walter *Jakobi*, bisher Privatdozent und Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Jena, zum Professor der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik Kasan *T. J. Judin* ernannt.

Die Amtsbezeichnung Professor wurde verliehen den Anstaltsdirektoren Obermedizinalrat Dr. *Nitsche*-Dösen, Obermedizinalrat Dr. *Heinicke*-Chemnitz-Altendorf und Dr. *Ilberg*-Sonnenstein.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R., **PERETTI**-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

ZWEIUNDACHTZIGSTER BAND

ZWEITES, DRITTES UND VIERTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 27. JULI 1925



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1925

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

2./4. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medizin" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Jedes Jahr erscheinen zwei Bände zu je 8 Heften; die Abnahme des ersten Heftes verpflichtet zur Abnahme des ganzen Bandes. Preis für den Band im Umfang von etwa 40 Bogen ca. M. 25.—. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird ein Nachlaß von $16^{1}/_{3}$% gewährt.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig-Dösen, Post Probstheida, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen ebenfalls 25 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

für ... sammlu... werden, drucken

Denkschrift über die Notwendigkeit der Schaffung eines Trinkerfürsorgegesetzes.

Von

Dr. **Colla**, Bethel bei Bielefeld.

Inhaltsübersicht.

Auf der Jahresversammlung des Vereins für Psychiatrie zu Dresden stellte der Verfasser den Antrag, der Deutsche Verein für Psychiatrie wolle an die Reichsregierung herantreten mit einem Gesuch um Einbringung eines Trinkerfürsorgegesetzes. Der Verein wählte damals auf Vorschlag des Vorstandes eine Kommission, bestehend aus den Herren

Aschaffenburg, *Delbrück*, *Gaupp* und *Weygandt*, der der Verfasser als Antragsteller ebenfalls angehört. Die Kommission beauftragte den Verf. mit der Ausarbeitung einer Denkschrift zu der Frage; diese Arbeit hat sich aus äußeren Gründen länger als vorgesehen war, verzögert und wird nun hiermit auf Beschluß der Kommission den Kollegen zur Kenntnis gegeben und zur Diskussion gestellt.

Die Mitglieder der Kommission selbst sind über die Zweckmäßigkeit eines Antrags im Sinne der Denkschrift geteilter Meinung, halten es aber doch alle für wünschenswert, daß die Frage von den Psychiatern einmal behandelt werde, zumal aus Laienkreisen in letzter Zeit mehrfach Schritte in dieser Richtung getan sind, worüber in den folgenden Ausführungen Näheres selbst zu lesen ist.

I. Allgemeiner Teil.

Es bedarf heute keiner besonderen Begründung mehr, daß der Alkoholismus eine von den großen Volkskrankheiten darstellt, deren Bekämpfung zu einer dringenden Notwendigkeit geworden ist; und ebensowenig dürfte bestritten werden, daß der Staat verpflichtet ist, gegen die Trunksucht in gleicher Weise alle verfügbaren Mittel anzuwenden wie gegen Tuberkulose und Syphilis. Das ist auch in Deutschland schon seit Jahren von den Regierungen anerkannt worden, und es hat an Versuchen, diese Frage gesetzlich zu regeln, nicht gefehlt [1]. Obwohl im Kriege und nach seiner Beendigung eine Reihe von Maßnahmen zur Eindämmung des Alkoholgenusses verfügt worden ist, und ein neuer Entwurf zu einem Trunksuchtsgesetze demnächst vorgelegt werden wird, ist eine wichtige Seite der Bekämpfung des Alkoholismus neuerdings von seiten der Gesetzgebung noch gar nicht berücksichtigt worden, nämlich die Fürsorge für den Trunksüchtigen selbst, abgesehen von den Sicherungsmaßnahmen für kriminelle Trinker im Entwurfe zu einem neuen Strafgesetze von 1925.

Von allen Seiten wird zugegeben, daß der Alkoholismus nach seiner Zurückdrängung durch die Verhältnisse des Krieges wieder in gewaltiger Weise gestiegen ist und noch weiter steigt. Zur Beleuchtung dieser Tatsache mögen nur einige Zahlen dienen.

In der Anstalt für Geisteskranke zu Bethel betrug die Zahl der wegen einfachen Alkoholismus und alkoholistischer Geistesstörungen aufgenommenen Männer vor dem Kriege durchschnittlich 2 bis 3%. Diese niedrige Zahl erklärt sich im Wesentlichen daraus, daß es zum größten Teile ländliche Bevölkerung ist, die die Anstalt aufsucht, und überhaupt die Pfleglinge aus Kreisen stammen, die im Allgemeinen

[1]) Siehe Verzeichnis der Gesetze und Entwürfe.

mäßig leben. Gegen Ende des Jahres 1919 betrug die Zahl der Alkoholkranken, die von 1915 an fast gefehlt hatten, schon 5%; seit 1921 stellt sich ihr Anteil an der Belegzahl fast andauernd auf 10 bis 13%.

In Baden [1]) ging die Zahl der alkoholistischen Geistesstörungen von 408 im Jahre 1913 auf 123 im Jahre 1917 zurück, nach dem Kriege stieg sie wieder und war 1919 schon auf 153 gelangt. An einer von begüterten Kreisen besuchten Privatanstalt war 1919 schon wieder der Stand erreicht wie vor dem Kriege. In ganz Preußen waren die alkoholistischen Geistesstörungen im Verhältnis zum Jahre 1913 von 13,4% im Jahre 1918 auf 25,6% im Jahre 1920 gestiegen, wobei indessen einige Anstalten des Regierungsbezirks Düsseldorf fehlen [2]).

Nach einer Mitteilung *Cimbals* [3]) betrugen die Aufnahmen von Alkoholikern im Stadtkrankenhause zu Altona vor dem Kriege jährlich 200 bis 250, im Kriege zu niedrigst 20 bis 25, 1921 wieder 140 und in den ersten Monaten 1922 schon 80. *Cimbal* macht darauf aufmerksam, daß der Alkoholismus heute besonders schwere Formen zeigt. Wie er weiter mitteilt, war in den vier Irrenanstalten der Stadt Berlin nach amtlicher Feststellung die Zahl der Aufnahmen wegen Geistesstörung infolge von Alkoholmißbrauch in den Jahren 1917 : 216, 1918 : 227, 1919 : 406, 1920 : 334, 1921 : 505, also in den 5 Jahren eine Zunahme um fast 234%.

Weiter: Die Trinkerfürsorgestelle in Nürnberg wurde in Anspruch genommen im Jahre 1917 von 20 Personen; seit 1918 sind die Zahlen aufs Jahr : 76, 105, 220, 442, und im ersten Vierteljahr 1922: 365. In der ersten Starkbierwoche 1921 wurden 21 Betrunkene in polizeilichen Gewahrsam genommen, 73 wegen Trunkenheitsvergehen angezeigt, darunter 30 wegen Roheitsvergehen, und vom 12. Januar bis 21. März 1921 waren 353 Trinker wegen Straftaten angezeigt, darunter 72 wegen Körperverletzung und 31 wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt [4]). Professor *E. Meyer* berichtete in der Sitzung des Vereins für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg am 15. 1. 23 [5]) von einer bedeutenden Zunahme der durch Alkoholgenuß verursachten Geistesstörungen gegenüber der Vorkriegszeit, die auch durch die enorme Teuerung nicht beeinflußt sei. *Sattler* hat in derselben Sitzung darauf aufmerksam gemacht, daß die Zahl der Alkohol-

---

[1]) I. M. 1922 H. 3, S. 148.
[2]) Ebenda H. 2, S. 101.
[3]) Zeitungskorr. V. g. A. v. 15. 2. 23.
[4]) A. W. 1922, Nr. 10–12, S. 72.
[5]) Referat i. Med. Klinik 1923, H. 8, S. 260.

amblyopie (Blindheit) gegenüber der Vorkriegszeit auf das siebenfache gestiegen ist, und führt das auf den Genuß von Brennspiritus zurück.

Weitere statistische Angaben liegen vor für das Ansteigen der Aufnahme von Alkoholikern von 1918 und 1921 wie folgt[1]:

Allgemeine Krankenanstalt Bremen......	9 : 28
Irrenanstalt Bremen	5 : 26
Stadtkrankenhaus Altona	25 : 140
Irrenklinik München	19 : 137
Unbenannte Anstalten in Baden	30 : 90

Bei einer Kundgebung der deutschen Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus und des Bundes deutscher Frauenvereine in Berlin am 4. Februar 1923 führte *Bonhöffer* aus[2]: „Bei uns in der Charité steht heute die Aufnahmeziffer bei den Männern gegen das Jahr 1913 wie 7 : 12, und es ist charakteristisch, daß die im 2. Halbjahr 1922 erhobene Statistik von 38 Anstalten ein bis in die Einzelheiten zusammenstimmendes Ergebnis gehabt hat. — Bei Einrechnung des Jahres 1922 hat sich nach unseren hiesigen Erfahrungen das Bild noch weiter verschlechtert, wenn auch der Aufstieg im Tempo sich etwas verlangsamt hat. Wenn wir unser Alkoholistenmaterial genauer ansehen, so ergibt sich qualitativ ein anderes Bild als vor dem Kriege. Die schweren Formen der Alkoholepilepsie, des Delirium tremens, der Halluzinose und die mit degenerativer Nervenentzündung einhergehenden *Korssakow*schen Formen treten zurück gegenüber den einfachen und pathologischen Rauschformen. Darin günstiges zu erblicken ist durchaus kein Anlaß. Was wir heute sehen, ist gewissermaßen die Jugendform des chronischen Alkoholismus. Wir stehen noch in der Nachwirkung der Kriegsabstinenzzeit. Die Dauer der Vergiftung, die wir im Durchschnitt auf 6 Jahre bis zum Auftreten der chronisch-psychischen Veränderungen rechnen, ist noch nicht lang genug, um die schweren Störungen allgemein zu machen. Es ist nicht zweifelhaft, daß wir im Laufe der nächsten Jahre, wenn die Gesetzgebung nicht eingreift[3], auch die schweren, langandauernden und irreparabelen Störungen wieder im alten Umfange haben werden. Eine Reihe von Gründen spricht dafür, daß wir sie sogar in erhöhtem Maße haben werden. Die große Häufigkeit der pathologischen Rausch-

[1]) Bl. z. Weitergeben v. V. g. A. 1922, H. 11, S. 3.
[2]) Alk. Fr. 1923, H. 1, S. 49.
[3]) Im Original nicht gesperrt.

zustände — sie haben sich gegenüber dem Jahre 1913 nach der Statistik der Frankfurter Klinik um das neunfache vermehrt, für unsere hiesigen Verhältnisse liegt es ganz ähnlich — ist in prognostischer Beziehung ein besonders ernstes Monitum. Sie zeigt uns, daß die Toleranz gegen Alkohol durch Unterernährung herabgesetzt ist, und daß die durch den Krieg vermehrte Zahl der Psychopathen jetzt dem Alkoholismus verfällt. Wir wissen, daß gerade Unterernährung und Psychopathie zu den klinisch schweren Formen des Alkoholismus disponieren, und daß es gerade die pathologischen Alkoholreaktionen sind, die wir in besonderer Häufigkeit zur Kriminalität führen sehen."

Die dargelegten Angaben können aus dem vorliegenden Material beliebig vermehrt werden. Was die Ausführung *Bonhöffers* betrifft, so geben die Beobachtungen an dem allerdings verhältnismäßig kleinen Materiale der Bethel-Anstalten von 1918 bis März 1923 ein etwas anderes Bild. Wenn wir die beobachteten Fälle scheiden in Residuen oder wieder aufgelebte aus der Vorkriegszeit, in Kriegsalkoholismus und den frischen Alkoholismus (gehäufte alkoholistische Entgleisungen, pathologische Rauschzustände, Zeichen beginnender Entartung), so haben wir hier doch etwa 34% Residuen, etwa 8% Kriegsalkoholismus und etwa 58% frischen zu verzeichnen. Und zwar sehen wir bei den beiden ersten recht schwere Formen, namentlich bei den Kriegsalkoholikern, wobei jedoch nicht geleugnet werden kann, daß die Wurzeln dieser Erkrankung in fast allen Fällen bis in die Vorkriegszeit zurückreichen, soweit es sich nicht um die seltenen, sehr schweren Fälle von traumatischem Alkoholismus nach Kopfschüssen usw. handelt. Bemerkenswert ist bei allen beobachteten Fällen die auch von anderer Seite verzeichnete Tatsache, daß der Bieralkoholismus sehr stark zurückgetreten ist, und Wein und Schnaps das Feld beherrschen.

Besonders bedauerlich ist auch, was von verschiedenen Beobachtern berichtet wird, daß die Zunahme des Alkoholismus in den gebildeten und wohlhabenden Kreisen ganz besonders groß ist; dabei wäre darauf hinzuweisen, daß man sich in einer Täuschung befindet, wenn man annimmt, daß die Steigerung der Preise für geistige Getränke der Trunksucht steuern werde. Es wird dabei übersehen, daß dieser Steigerung der Preise auch eine solche des Einkommens gegenübersteht oder doch stand, und wenn auch zahlreiche Ernstdenkende schon aus ethischen, aber auch aus Sparsamkeitsrücksichten in unserer unseligen Zeit zu stärkster Einschränkung oder zur völligen Enthaltung von geistigen Getränken übergegangen sind, so lehrt doch anderer-

seits schon der Anblick des Treibens in Großstädten, wie schrankenlos das Genußleben sich in Schlemmereien früher kaum gekannten Maßes und nackter Skrupellosigkeit breit macht. Das Verantwortungsgefühl dieser ungezügelten Genießer gegenüber der allgemeinen Not des deutschen Volkes ist in bedauerlicher Weise geschwunden. Daß die Verteuerung der Getränke an sich keine Einschränkung des Genusses bewirkt, zeigt schon die alte Erfahrungstatsache, daß mit der Verteuerung der geistigen Getränke immer ein Abwandern von den leichteren zu den stärksten Getränken stattfindet.

Ganz besonders gefährdet ist heute die Jugend, wenn sich auch in der heranwachsenden organisierten eine erfreuliche Abkehr vom Alkohol immer deutlicher zeigt. Aber die ins Leben hinaustretende und zum Erwerb kommende ist durch die hohen Gehälter der Inflationszeit allen Gefahren des sich breit machenden schrankenlosen Genußlebens ausgesetzt worden. Was bei der Durchsicht des Krankenmaterials der Anstalt Bethel besonders auffällt, ist, daß es sich oft um von Hause aus geistig vollkräftige Menschen handelt, die, in das leichte Leben der großstädtischen Genußsucht hineingezogen, durch reichlichen Verzehr mittel- und hochgradiger Alkoholgetränke auffallend schnell sittlich zusammenbrechen. Nur in einem von 14 genau erforschten Fällen lag vielleicht eine Kopfverletzung zugrunde, bei 3 anderen konnte eine Belastung psychopathischer Art nachgewiesen, bei 7 konnte sie mit Sicherheit ausgeschlossen werden, während bei den übrigen 3 die anamnestischen Angaben unsicher waren. Alle Jugendliche waren kriminell geworden, und sie kamen vermutlich nur dadurch zur Kenntnis des Arztes [1]). Bemerkenswert ist, daß die

---

[1]) Aus einer Anstalt (Morija in Bethel) für die Jahre 1919 bis 1922 nur einige Beispiele: Ein 20jähr. Kaufmannssohn brachte 1919 in einem Badeorte in 14 Tagen 45 000 M. durch, die er durch schwindelhafte Spekulation erworben hatte; er war fast jeden Tag betrunken, fälschte in der Betrunkenheit Schecks und wurde dann in die Anstalt gebracht. Ein 21jähr. Fabrikantensohn geriet in Berliner Schieberkreise, schlemmte monatelang, meist in Sekt, herum, wurde vorübergehend wegen eines pathologischen Rauschzustandes verhaftet, dann einer Anstalt überwiesen. Sehr bald entlassen, setzte er das alte Leben fort, stahl seiner Mutter für eine Million Edelsteine, die er verschleuderte, und wurde schließlich, aus niedrigster Gesellschaft aufgelesen, unter vorläufige Vormundschaft gestellt und der Anstalt zugeführt. Nach Überführung in eine andere Anstalt hängte er sich auf. Ein 20jähr. ehemaliger Kriegsteilnehmer, erst 1918 eingezogen, aus unverdächtiger Familie, erkrankte nach dem Kriege an Dipsomanie, vielleicht infolge eines Keulenschlages

Prognose bei den meisten dieser Fälle, soweit sich bis jetzt beobachten läßt, nicht ungünstig ist, genügend lange Behandlung vorausgesetzt.

Fassen wir alles noch einmal zusammen, so ergibt sich folgendes: Auf den starken Rückgang des Alkoholismus im Kriege ist ein neues, anfangs stürmisches, jetzt langsameres, aber kaum noch zu steigerndes Wachsen der Trunksuchtserscheinungen gefolgt, sodaß die Zahl der Aufnahmen in Krankenanstalten diejenigen der Vorkriegszeit schon erreicht, teilweise sogar überschritten hat. Für einzelne Krankheitsformen scheint die Überschreitung der Zahlen von 1913 allgemein zu sein. Besonders fällt die Beteiligung des Jungen-Mannesalters am Alkoholismus auf. Der Bieralkoholismus mit seinen vorwiegend körperlichen Entartungserscheinungen tritt gegenüber dem Wein- und Schnapsalkoholismus ganz erheblich zurück [1]).

Es braucht nicht besonders darauf hingewiesen zu werden, welche Gefahren bei dieser Lage der Dinge bestehen für ein Volk, daß 4 schwere Kriegsjahre bei mangelhafter Ernährung und 6 Nachkriegsjahre sozialer und politischer Kämpfe, schwerster Enttäuschung und härtesten feindlichen Druckes hinter sich hat und in eine fast verzweifelte Zukunft blicken muß.

Daß die Behandlung der Trunksüchtigen in dem ganzen Kampfe gegen den Alkoholismus eine Aufgabe von der größten Wichtigkeit ist, dürfte von keiner Seite bezweifelt werden. Jeder Alkoholiker ist durch seine Krankheit mindestens so gefährlich wie ein Tuberkulöser und ein Geschlechtskranker. Wir erinnern an die Keimschädigung mit ihren entartenden Folgen für die Nachkommenschaft, das Heranwachsen der Kinder unter dem trunksüchtigen Vater, an das schlechte Beispiel des moralisch gesunkenen Trinkers überhaupt, an die finan-

---

auf den Kopf während der Wirren im Frühjahr 1919. Er setzte jeweils in einigen Tagen sein ganzes Monatsgehalt in Alkohol um und sank schließlich herab bis zu homosexueller Prostitution, obwohl er heterosexuell veranlagt ist. Ein 20jähr. Bauernsohn kam zu großen Einnahmen durch Getreide- und Mehlschiebung; er vertrank und vertat mit Dirnen sein ganzes Geld in kurzer Zeit, verfiel dann auf Schwindeleien, sprang in alkoholistischer Halluzinose aus dem fahrenden Zuge, weil er hörte, wie die Polizei nach ihm suchte, und zog sich eine schwere Gehirnerschütterung zu, mit der er der Anstalt übergeben wurde. — Aus der Anstalts- und konsultativen Praxis des Chefarztes einer Anstalt sind von 1919 bis 1922 allein 11 Fälle von Alkoholikern unter 21 Jahren zu vermerken.

[1]) Seit Einführung des Starkbieres hat auch der Bieralkoholismus wieder erheblich zugenommen.

zielle Belastung der Krankenkassen und der Versicherungsanstalten, an die Rolle, die der Alkoholiker in der Unfallstatistik spielt. Ganz besonders aber ist auf die Gemeingefährlichkeit des Trinkers hinzuweisen, die in der Statistik der Verbrechen zum Ausdruck kommt [1]). Es ergibt sich daraus einwandfrei, daß nicht nur Gesetze, die die Eindämmung des Alkoholgenusses erstreben, und Polizeimaßnahmen, nicht nur die Tätigkeit gemeinnütziger Vereine zur Besserung der Lebensgewohnheiten mit ihren Belehrungen und Mahnungen zur Aufrüttlung des Volksgewissens oder sonstige vorbeugende Maßnahmen, sondern auch vor allem die Erfassung des vorhandenen Übels beim Einzelnen eine dringendste Notwendigkeit ist. „Traiter et guérir l'ivrognerie, c'est le grand principe," so hat *Legrain* die Aufgabe gegenüber den Trunksüchtigen kurz und treffend bezeichnet [2]). Der Jahresbericht der Landesversicherungsanstalt Westfalen für das Jahr 1923 beklagt den Mangel einer geregelten Trinkerfürsorge und erklärt ihre gesetzliche Einführung für unerläßlich, wenn die infolge der Trunksucht in so vielen Familien herrschende Not gelindert und das Trinkerelend wirksam bekämpft werden soll.

Wenn man früher diesen „großen Grundsatz" von *Legrain* nicht erfaßt hat, so lag das an zwei Irrtümern: an der falschen Auffassung von der Trunksucht und an der davon sich herschreibenden falschen Behandlung. Daß der Alkoholismus eine Krankheit ist, im wissenschaftlichen Sinne eine fortschreitende Entartung der Körperorgane, vor allem des zentralen Nervensystems, wird heute ernstlich niemand mehr bestreiten; der Trinker wird ein solcher auf dem Boden der die Welt beherrschenden Trinksitten. Dabei ist gar nicht zu leugnen, daß ein „physiologischer" Leichtsinn der Jugend sehr häufig dabei die einleitende Rolle spielt; aber der Disponierte bleibt dann eben in denFesseln des Alkohols, wie der Morphinist in denen des Morphiums, während der Zechgenosse froher Jugendstunden, der ein widerstandsfähigeres Nervensystem besitzt, unbeirrt durch die Trinkgewohnheiten seinen Lebensweg gehen kann. Daß die Empfindlichkeit des Gehirnes gegenüber dem Alkohol auch erworben werden kann, beweisen die Fälle von Alkoholismus nach Gehirnerschütterungen und Kopfverletzungen und, wie zweifelsfrei nachgewiesen werden kann, auch nach schweren

---

[1]) Der vielerfahrene Ministerialdirektor *Krohne* rechnet 70% aller Verbrechen oder Vergehen als durch Branntwein verschuldet, darunter die einfachen und schweren Körperverletzungen sämtlich, Totschlag und fahrlässige Tötung mit wenigen Ausnahmen, s. *Baer* (7) S. 45.

[2]) Legrain (85).

Gemütserschütterungen [1]) und Infektionskrankheiten [2]) sowie anderen schwächenden Momenten. Wo die Empfindlichkeit des Gehirnes für die Giftwirkung des Alkohols, die sog. Disposition, einmal zutage getreten ist, muß sie im allgemeinen als unabänderlich angesehen werden. *Cramer* sagt [3]): „Gerade die Fähigkeit, auftauchenden Trieben, Begierden und Lüsten zu widerstehen auf Grund ethischer Vorstellungen, ist eine der höchsten Leistungen des gesunden Gehirns, und es ist eine alte Erfahrungstatsache, daß, wo immer das Gehirn, sei es aus welcher Ursache es wolle, einen Schaden erleidet, in erster Linie diese höchsten ethischen Funktionen und namentlich die Widerstandsfähigkeit dem Genusse gegenüber schwinden."

Nach diesen Erfahrungen und wissenschaftlichen Forschungsergebnissen sind die früheren untauglichen Versuche zu beurteilen, die darauf ausgingen, den Trinker zu „retten". Sie konnten keinen Erfolg haben, da man in der Trunksucht eine vermeidbare Charakterschwäche sah, und man verlangte, daß der zum Alkoholismus Disponierte mäßig die geistigen Getränke genießen sollte, ohne zu entarten. Daß der Alkoholiker nur dadurch geheilt werden kann, daß er sich ein für alle Mal außerhalb der Trinksitten stellt, also zeitlebens enthaltsam bleibt, ergibt sich einfach aus der wissenschaftlichen Lehre von der Alkoholwirkung, und darüber werden auch die Ungläubigsten durch die allgemeine Erfahrung mit der Abstinenzbehandlung belehrt. Womit nicht gesagt werden soll, daß durch die Abstinenzbehandlung alle Trinker geheilt werden; die Arbeit, die geleistet werden muß, um einen Alkoholiker in Gegensatz zu bringen zu seiner ganzen bisherigen — man kann schon sagen — Lebensanschauung, die die übrigen Menschen mit wenigen Ausnahme ja teilen, nämlich in Gegensatz zu der die Welt beherrschenden Trinksitte, und ihn so zu festigen, daß er sich darin behaupten kann, hängt natürlich von so viel unwägbaren äußeren und inneren Umständen ab, daß ein günstiges Ergebnis oft genug ausbleibt. Aber immerhin sind doch auch so zahlreiche Erfolge verzeichnet, daß man sie im ganzen auf ein Drittel der Fälle stellen

---

[1]) „Er trinkt sich seinen Gram weg." Die Gemütserschütterung hat die Empfindlichkeitsschwelle für die entartende Giftwirkung so weit herabgesetzt, daß der Mensch zum Alkoholiker wird.

[2]) Nach Grippe (mit Enzephalitis?). Auch nach Lues und sehr energischen antisyphilitischen Kuren.

[3]) Kongreßber. Bremen (Jena 1904), S. 190. Wir haben auch nach Schockwirkungen im Kriege ohne Gehirnerschütterung alkoholische Entartung beginnen sehen.

kann, während die Aussicht der früher geübten Behandlung trostlos war, wie man noch in alten Lehrbüchern nachlesen kann [1]).

Alkoholiker gehen bekanntlich von allen Süchtigen am wenigsten freiwillig zum Arzt und in eine Anstalt; das liegt einerseits an ihrer optimistischen Einsichtslosigkeit, die sich bei Morphinisten und Kokainisten viel weniger geltend macht, mindestens in bezug auf die Notwendigkeit oder doch das Zugeständnis einer Behandlung. Andererseits sind die Grenzen des ausgesprochenen Alkoholismus gegenüber dem gewohnheitsmäßigen und regelmäßigen Genusse geistiger Getränke so verschwommene [2]), daß auch die Beeinflussung seitens der Angehörigen lange zögert, sich geltend zu machen. Auch leugnet der Alkoholiker sich die Geldausgaben für seine Sucht mehr oder weniger unbewußt weg und spürt eben so nicht die Belastung seines Geldbeutels durch sie; denn sie fallen in den Etat des Nahrungsbedürfnisses bei der allgemeinen Auffassung unserer materiellen Lebensnotwendigkeiten, während die Ausgaben für Morphium und ähnliche Gifte viel eher als Luxusausgaben das finanzielle Gewissen berühren. Immerhin gibt es viele Alkoholiker, die freiwillig Hilfe suchen, wenn auch vielleicht nur unter dem Drucke der Familie und nicht immer mit genügender Einsicht. So viel verheißend nun der freiwillige Eintritt in eine Trinkerheilstätte auch ist, so wird die Freude darüber doch getrübt durch die Tatsache, daß die Freiwilligkeit des Eintrittes ebenso

---

[1]) Die Statistik der deutschen Anstalten ergibt u. a. folgende Zahlen: Lintorf 1899: 51,19% Heilungen, 23,89% Besserungen. 1902: 72,84% Heilungen. — Camillushaus, Heidhausen: 1912 etwa 70% Heilungen. — Salem (Holstein): 1913 55% Heilungen. — Stift Isenwald: 1914 30% bei nur teilweiser Einhaltung der vorgeschriebenen Zeit. — Zieglerstift: 1909—1910 bei 20 Monaten Behandlung 60%, bei 8 Monaten 40%, bei 3—4 Monaten 31%. — Renchen: 1908—1910 33,4%. — Haus Burgwald: 17%, wobei nur von einem Drittel der Verpflegten die vorgeschriebene Zeit innegehalten wurde. — Fichtenhof (Bethel): 1901 66,6% Heilungen und 14,6% Besserungen. — Wiesenhof bei Guben: in 10 Jahren 40,59%. — Die schottischen Anstalten geben im Jahre 1912 an: 50% Heilungen bei freiwillig Eingetretenen und 7% bei zur Trinkeranstalt „Verurteilten". — The Inebriates House for Kings County (New York) 38%. — Maryland Asylum, Baltimore: 1875 33%. — The Chicago Washington Home: 30%. — England: Dalrymple Home: 33,46%. — Die schweizerischen Anstalten Ellikon, Trélex und Nüchtern: 32,95% Heilungen. — *Crothers* (35) berichtet von fast 40% Heilungen bei mehr als 3000 Fällen. Über die genannten Anstalten vgl. Alk. 1900—1901 und Alk. Fr. 1910—1914.

[2]) *Bleuler* (14) sagt bezüglich der Diagnose: „Am schwierigsten ist die Abgrenzung des Alkoholismus von der Gesundheit. Ein bißchen Alkoholismus gehört bei uns zur Norm."

wie in jedem Sanatorium auch die Freiwilligkeit des Austrittes als logische Folge hat; dadurch ergeben sich aber für eine aussichtsvolle Behandlung manchmal ungewöhnliche Schwierigkeiten. Selbst körperlich recht leidende und der beginnenden geistigen Insuffizienz sich bewußte Alkoholiker fühlen sich, sobald sie unter Abstinenz gesetzt sind, sehr bald viel wohler, und die Erholung geht in allen leichteren und mittelschweren Fällen schnell vorwärts. Damit wächst aber auch die Sehnsucht nach Entlassung, und die im Untergrunde des Bewußtseins doch immer wache Anschauung, daß es so schlimm eigentlich gar nicht gewesen sei, gewinnt an Stärke und Stoßkraft. Dazu gesellt sich ein reger Beschäftigungsdrang, der allerdings sehr häufig nichts weiter ist als die noch nicht abgeklungene alkoholistische Unruhe, aber im Verein mit dem besseren Aussehen und dem ganzen subjektiven Wohlgefühl des Trinkers auch die Angehörigen über die Lage der Dinge täuscht und sie für den Wunsch des Pfleglings nach Entlassung trotz ernster ärztlicher Warnung nur allzuleicht zugänglich macht.

Bei dieser Sachlage haben einige Länder in ihren Gesetzen zur Regelung der Trinkerversorgung die freiwillig die Anstalt aufsuchenden Trinker denselben Bestimmungen unterworfen wie die zwangsmäßig aufgenommenen. So St. Gallen, England, Neu-Süd-Wales [1]). Die große Menge der Alkoholiker kommt jedoch nur zur Behandlung unter dem Zwange schwerer Konflikte, wie Scheidungsantrag, drohende Enterbung, Zerwürfnis mit dem Geschäftsteilhaber, Vergehen gegen das Strafgesetz, oder auch bei drohender oder ausgesprochener Entmündigung. Aber auch jene Zwangslagen und die drohende Entmündigung genügen erfahrungsgemäß häufig für eine genügend lange Behandlung nicht bei der Unbelehrbarkeit aller Beteiligten, wobei die Kostenfrage regelmäßig eine Rolle spielt.

Anders liegt die Frage bei der Versorgung entmündigter Trinker, wo sich die zwangsmäßige Verbringung in eine Anstalt einfach ermöglicht gemäß § 1793 und 1800 in Verbindung mit § 1631 des B. G. B., wonach der Vormund den Aufenthaltsort des Mündels bestimmt. Die Entmündigung kann nach § 6 Abs. 3 des B. G. B. erfolgen, wenn der Trinker seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet. Nach § 681 der Z. P. O. kann die Beschluß-

[1]) Auch der österreichische Gesetzentwurf vom Jahre 1891 wollte die freiwillig Eintretenden der zwangsmäßigen Zurückhaltung bis zur Heilung unterwerfen.

fassung über die Entmündigung ausgesetzt werden, wenn Aussicht besteht, daß der zu Entmündigende sich bessern werde. Diese Bestimmungen hatten seinerzeit große Hoffnungen erweckt für die Behandlung der Alkoholisten, wenngleich schon vor Inkrafttreten des B. G. B. berechtigte Bedenken geäußert wurden, ob diese Hoffnungen sich erfüllen würden [1]). An sich sind die Bestimmungen des § 6 Abs. 3 des B. G. B. dafür wertlos. Sie können erst dann wirksam werden, wenn der Vormund seine Pflichten richtig erfaßt und den Entmündigten der Trinkerheilanstalt zuführt oder sonstwie in rationeller Weise für seine Heilung sorgt, und wenn ferner der Richter bei Anwendung des § 681 der Z. P. O. in verständnisvoller Erkenntnis des allein Notwendigen bei der Aussetzung der Beschlußfassung Bedingungen vereinbart, die den gleichen Zweck verfolgen, etwa Stellung des Trinkers unter Schutzaufsicht eines Enthaltsamkeitsverbandes oder freiwilligen Eintritt in eine Trinkerheilstätte. Wenn so die Auswirkungen der Entmündigungsbestimmungen zur Zeit lediglich abhängig sind von dem Gutdünken, oder besser gesagt von dem richtigen Verständnis des Richters oder Vormundes für das, was dem Trinker allein helfen kann, so entsteht außerdem die Frage, ob die Voraussetzungen zur Entmündigung, ärztlich betrachtet, überhaupt solche sind, daß bei ihrem Vorhandensein noch Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung besteht.

Die Entmündigung ist ein prozessuales Verfahren, und alle solche Verfahren sind im allgemeinen sehr unbeliebt. Die Angehörigen eines Trinkers entschließen sich immer erst dann dazu, wenn alle übrigen Mittel erschöpft sind. Aber auch dann kehrt sehr häufig die Reue wieder ein bei den oft unglaublich optimistischen Eltern, Gattinnen, Geschwistern usw., und der Antrag wird wieder zurückgezogen [2]). So,

---

[1]) S. *Baer* (7), *Bollmann* (18), *Bratz* (24), *Colla* (26, 28), *Grotjahn* (62), *Waldschmidt* (30, 134).

[2]) Es sind Fälle bekannt, wo der Antrag dreimal gestellt und wieder zurückgezogen wurde, obwohl der Rückfall des unter vorläufiger Vormundschaft stehenden und in eine Anstalt verbrachten Trinkers jedesmal bald nach Aufhebung des Verfahrens und Beendigung der Anstaltsbehandlung erfolgte. Vielfach kommt es vor, daß Ehefrauen, die, von ihren stadtbekannt trunksüchtigen Männern mißhandelt, den Entmündigungsantrag gestellt hatten, nach kurzer Zeit alles zurücknahmen, was sie zu Protokoll gegeben hatten. Eine Frau hatte den ganzen betrübenden Leidensweg, den sie mit ihrem Gatten gegangen war, nach Stellung des Entmündigungsantrages dem Arzte für ein Gutachten zu Protokoll gegeben — es handelte sich, beiläufig gesagt, um den zweiten

als allerletztes Mittel gegen den Trinker vorzugehen, kommt die Entmündigung aber meist viel zu spät, um noch Aussicht für eine erfolgreiche Behandlung zu bieten. Liegt das schon an sich in der Natur der Dinge, da die Voraussetzung zur Entmündigung ja nur den Schutz des Trinkers vor Vermögensverfall und den Schutz der Familie und der Allgemeinheit vor ihm selbst betreffen, so kommt noch hinzu, daß selbst bei schweren Alkoholikern vielfach sich der Richter vom Vorliegen der Voraussetzungen nicht einmal überzeugen kann. Das wird namentlich dann der Fall sein, wenn der Richter sich mehr auf den persönlichen Eindruck verläßt als auf die Zeugenaussagen und das ärztliche Gutachten, zumal wenn der Termin zur Vernehmung des Trinkers zu einer Zeit stattfindet, wo der Alkoholiker bereits einige Zeit in einer Anstalt unter dem System der Enthaltsamkeit gelebt hat [1]). Die Unfähigkeit, seine Angelegenheiten zu besorgen, setzt im gewöhnlichen Sinne voraus, daß der Trinker intellektuell nicht mehr fähig ist, die Berufsarbeit zu versehen, die ihm obliegt, sein Vermögen zu verwalten und Rechtsgeschäfte zu erledigen. Wir wissen nun aber, daß gerade der Intellekt beim Alkoholiker zunächst weniger leidet, daß ausgesprochene Trinker sogar oft beruflich lange tätig sein können

---

Versuch, den Trinker zu entmündigen —, zog aber nach 6 Wochen Antrag und die gemachten Aussagen zurück, weil sie sich übereilt hätte. Nach einem halben Jahre stellte sie erneut Antrag und war sehr zufrieden, als der Arzt bei einer Besprechung das von ihr nun wieder als richtig anerkannte Protokoll hervorzog; weinend klagte sie: „Nun, Sie wissen ja, wie schwer es einem wird.“ Sie klagte nun auf Scheidung, zog aber nach 6 Monaten auch die Scheidungsklage zurück und beantragte auf Drängen des Mannes die Aufhebung der Entmündigung, die aber durch Einspruch der Kinder und der Geschwister der Frau wieder zurückgezogen wurde.

[1]) Sehr bemerkenswert ist in dieser Beziehung folgender Fall: Offizier von früher sehr guter Führung erleidet durch Granateneinschlag und Wegschleuderung eine Gehirnerschütterung. Seitdem nervös, haltlos, unstet, zeitweise deprimiert; allmählich immer stärkerer Alkoholgenuß in pseudodipsomanischer Art. Einzelne Dämmerzustände, kriminelle Handlungen. Entmündigungsantrag, vorläufige Vormundschaft, Heilanstalt. Ärztliches Gutachten: Schwerer Psychopath mit Haltlosigkeit und Dipsomanie, Entmündigungsvoraussetzungen liegen vor. Der Richter lehnt ab, weil jener im Termine (nach dreimonatiger Abstinenz) den Eindruck eines Gesunden macht und niemand entmündigt werden könne, weil er später etwa wieder tränke. Aufhebung der vorläufigen Vormundschaft, Entlassung. Nach drei Tagen kam der Kranke abgerissen und unter Verlust seiner Habe zurück und bat weinend um Wiederaufnahme.

und häufig erst die spät einsetzende Berufsunfähigkeit zu Entlassung oder zu Konflikten und dann zu Schritten seitens der Angehörigen führt. Auch die Vermögensverwaltung leidet meist erst, wenn durch ethische Entartung gewissenlose Verschwendung sichtbar wird. Bei Wahrnehmung von Rechtsgeschäften zeigt sogar der zu entmündigende Trinker oft eine Geschicklichkeit, die den Richter besticht. Selbstverständlich liegen die Verhältnisse hier verschieden je nach dem Bildungsgrade und der angeborenen Veranlagung. Es geht aber auch bei ganz Ungebildeten nicht an, wie es z. B. einmal vorgekommen ist, die Entmündigung eines chronischen Alkoholikers deswegen abzulehnen, weil dieser die Schweinefütterung und Ackerdüngung noch ordnungsmäßig besorgen konnte, was auch notorisch Schwachsinnige im Kolonialbetriebe von Irren- und Epileptikeranstalten noch gut ausführen.

Endemann, der dieses Beispiel bringt, macht auch darauf aufmerksam, daß die Entmündigung durch die Auslegung des Begriffes der beschränkten Geschäftsfähigkeit, der der entmündigte Trinker nach § 114 BGB. verfällt, erschwert ist. Die Voraussetzung zur Entmündigung kann sich hiernach nur auf ein Unvermögen zu vernunftmäßiger Besorgung der Gesamtheit seiner Angelegenheiten beziehen.

Nach Entscheidungen des Reichsgerichtes wird nun aber ein Unvermögen für alle Angelegenheiten verlangt, während Pflegschaft genügt, wenn nur einzelne Angelegenheiten in Frage kommen [1]). Dadurch wird die Entmündigung vorbehalten für den schwachsinnigen Alkoholiker des fortgeschrittenen Stadiums. *Endemann* stellt den richtigen Standpunkt so fest: „Es kommt darauf an, ob der Geisteszustand . . . . derart beeinflußt ist, daß eine selbständige, vernunftgemäße Besorgung der Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit (als Ganzes, nicht alle einzeln verstanden) ausgeschlossen erscheint . . . ." Der Hauptzweck der Entmündung sei die Behütung vor völligem Untergehen und die Rettung vor der Trunksucht . . . . „man wird sagen dürfen, daß zur Entmündigung geschritten werden darf und soll, wo nur durch sie jener Zweck erreicht werden kann".

Gerade für die prognostisch verhältnismäßig günstig stehenden Dipsomanen ist bezüglich der Heilbehandlung erfahrungsgemäß der Entmündigungsparagraph von fast gar keinem Wert, da die Ent-

---

[1]) Spätere Entscheidungen haben diese Auffassung freilich erheblich eingeschränkt.

artungserscheinungen meist erst spät sichtbar werden, und diese Periodiker in den anfallsfreien Zeiten lange den Eindruck normaler Menschen machen können [1]).

Die zweite Voraussetzung zur Entmündigung: „Wer sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt“, liegt natürlich bei jedem Trinker vor; denn diese Gefahr ist eben im Alkoholismus an sich immer gegeben. Die Voraussetzung würde also für ein rechtzeitiges Eingreifen zur Behandlung des Alkoholikers genügen, wenn sie streng wissenschaftlich gewertet würde. Das ist nun aber begreiflicherweise nicht oft der Fall; sie wird pragmatisch verstanden, die Gefahr muß bereits in Erscheinung getreten sein, und das wird sich danach richten, in welcher finanziellen Lage sich der Trinker von vornherein befindet. Die Frage der Notstandsgefahr ist jedoch im wesentlichen eine der Willensschwäche; diese zeigt sich aber zuerst schon gegenüber den Lockungen des Alkohols und schreitet unmerklich fort. Die leichte Ablenkbarkeit des Willens durch nichtige und ganz unwichtige Sachen, die für den Trinker so charakteristisch ist, führt zur Unbeständigkeit und Beeinflußbarkeit in der Richtung der jeweiligen Stimmung. Diese Störungen, klinisch mit die allerersten Zeichen der beginnenden Entartung, offenbaren dem kundigen Beobachter, welche Gefahr vorliegt; aber als Voraussetzung für die Entmündigung im oben bezeichneten Sinne müssen sie eben so stark schon hervortreten, wie sie erst bei fortgeschrittenen Graden des Alkoholismus sichtbar werden.

Schließlich: die Gefährdung der Sicherheit anderer. Auch hier wird gerichtlich die Voraussetzung erst anerkannt werden, wenn irgendein gefährlicher Exzeß vorgekommen ist [2]). Die häuslichen Mißhandlungen werden lange verschwiegen, und wenn sie zur Anzeige gekommen sind, wie schon erwähnt, zuweilen widerrufen, der Kinder oder „der Leute“ wegen oder aus Mitleid mit dem Manne usw. Die Tatsache, daß nach § 680 der ZPO. dem Staatsanwalte n i c h t das Recht zusteht, bei Trinkern die Entmündigung zu beantragen, läßt selbst bei Gefährlichkeit des Alkoholikers außer dem Hause zurzeit kein Einschreiten zu, wenn nicht die Angehörigen die nötige Einsicht besitzen. Bei Alkoholintoleranten kommt es, ohne daß chronischer Alkoholismus vorzuliegen braucht, oft zu kriminellen Hand-

[1]) Wie es ja auch bei schweren Geisteskranken. z. B. bei Paranoikern und bei Psychopathen vorkommen kann.

[2]) Der Einwand: es ist ja noch nichts vorgekommen, wird öfter vor Gericht vorgebracht.

lungen in pathologischen Rauschzuständen u. dgl.; hier wäre die Voraussetzung zur Entmündigung in einem früheren Stadium des Alkoholismus gegeben. Aber gerade hier wird der Versuch meist versagen, weil der Alkoholintolerante, wenn er keinen Alkohol genießt, ein ruhiger und ordentlicher Mensch sein kann und nach Ablauf des „Knalls" meist Einsicht und Reue zeigt. Auf die Gemeingefährlichkeit des Trinkers ist bei der Forderung nach einer gesetzlichen Regelung der Alkoholikerfürsorge aber ganz besonderer Wert zu legen, und es dürfte kein Zweifel bestehen, daß in dieser Hinsicht Gesetz und Praxis noch immer ganz versagen. Die Gemeingefährlichkeit ist meist schon lange vorhanden, bevor ein krasser Fall allgemein bekannt wird und das Volk nach gesetzlicher Abhilfe rufen läßt. Wie oft erlebt man nicht vor Gericht, daß bei den täglichen Körperverletzungen der Alkohol als mildernder Umstand gewertet wird, und die Menge im Sinne der herrschenden Trinksitten solche Vorkommnisse als unvermeidbare und natürliche hinnimmt, ohne dem Gedanken an die Gefahr solcher Trunkenheits- oder Trunksuchtsvergehen für die Allgemeinheit nur irgend Raum zu geben [1]).

Nach allen diesen unseren Ausführungen wird nicht geleugnet werden können, daß die Entmündigung des Trinkers wohl geeignet ist, einen degenerierenden Alkoholisten unschädlich zu machen, aber kaum von Bedeutung sein kann für ein rechtzeitiges Eingreifen, um einen heilbaren Alkoholiker auch gegen seinen Willen zwangsweise einer Behandlung zuzuführen [2]). Es herrscht allgemeine Einstimmigkeit darüber, daß Entmündigung und Zwangsheilung zwei Maßnahmen sind, die sich gegenseitig ergänzen, aber nicht voneinander abhängig gemacht werden sollen. Der Entmündigung soll logischerweise ein Heilversuch, nötigenfalls mit Zwang vorhergehen. Auch der Geisteskranke wird zwangsweise in die Anstalt gebracht ohne vorherige Entmündigung. *Schmitz* sagt sehr richtig bezüglich des Deutschen Gesetzentwurfes von 1891, der ebenfalls die Versorgung abhängig machen wollte von vorheriger Entmündigung: „Was soll ein Gesetz, das mit seinen Bestimmungen nur den allerkleinsten Teil der Kranken treffen kann, während es für alle diejenigen unglücklichen Menschen nicht existiert, die nicht, ich möchte sagen, das

---

[1]) Der Entwurf zu einem neuen Strafgesetzbuche für das Deutsche Reich bringt hier bekanntlich Besserung und greift für die kriminellen Trinker unseren Ausführungen vor.

[2]) Vgl. darüber bes. *Bihler* (Nr. 41).

Glück haben, öffentlich Ärgernis zu erregen?" [1]) *Forel* [2]) bemängelt den Vorschlag, die Entmündigung zur Voraussetzung der Zwangsbehandlung zu machen, namentlich deswegen, weil die Entmündigung in vielen Fällen durch die Behandlung unnötig wird. Es ist schließlich nützlich, anzuführen, was *Kraepelin* über diese Frage sagt [3]): „Leider wird der Wert dieser Handhabe (nämlich der Entmündigung) . . . . dadurch erheblich eingeschränkt, daß der Entmündigungsantrag nicht von Amts wegen, sondern von den nächsten Angehörigen, zumeist also der Frau, gestellt werden kann. Gerade die Frau des verkommenen Trinkers, die von seiner Rache am meisten zu fürchten hat, pflegt mit dem äußersten Schritt zu zögern, solange sie irgend kann. Nur bei gänzlich verarmten Trinkern vermag auch die Armenpflege einzugreifen [4]). Ohne Zweifel hat aber der Staat selbst ein sehr dringendes, wenn auch keineswegs klar verstandenes Interesse an einer möglichst frühzeitigen und gründlichen Behandlung der Trinker, nicht nur, weil sie eine erhebliche Gefahr für ihre nächste Umgebung wie für die allgemeine Sittlichkeit und eine große wirtschaftliche Last bedeuten, sondern auch deswegen, weil nur bei rechtzeitigem Eingreifen befriedigende Erfolge zu erreichen sind [5]). Ein Trinkerfürsorgegesetz, das gestattete, den Trinker wie jeden anderen Hilfsbedürftigen oder gemeingefährlichen Geisteskranken einer geeigneten Behandlung zuzuführen, wäre daher nicht nur für die Allgemeinheit, die zumeist Schaden und Kosten zu tragen hat, sondern namentlich auch für den Trinker selbst eine große Wohltat [6])."

---

[1]) S. Nr. 108.
[2]) S. Nr. 51.
[3]) S. Nr. 84.
[4]) Nach § 680, Abs. 5 der ZPO.
[5]) Im Original nicht gesperrt.
[6]) Wenn *Endemann* (Nr. 43, S. 17) vorschlägt: „Entmündigt kann werden, wer infolge von Trunksucht die Gesamtheit seiner Angelegenheiten nicht vernunftgemäß zu besorgen vermag oder wer . . . sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet, so wird dadurch wenig geändert. Denn *E.* bezeichnet als Trunksucht den Zustand, wo eine ausgeprägte Form der geistigen Erkrankung vorliegt, als Trunkfälligkeit jenen, deren Voraussetzung psychiatrisch auf den intoleranten oder dem chronischen Alkoholismus verfallenen, wenngleich noch nicht erwiesen geisteskranken Trinker und juristisch auf den „wirtschaftlich verkommenen oder gemeingefährlichen abgestellt wird". Wirtschaftliche Verkommenheit ist jedoch nicht mehr als Gefahr des Notstandes anzusehen, und der juristische Begriff

Es kann nach allen diesen Ausführungen keinem Zweifel unterliegen, daß, wenn das Gesetz die Entmündigung eines Trunksüchtigen unter bestimmten Voraussetzungen festlegt, wenn es sogar wie heute noch im § 361, Nr. 5 StGB. die Trunksucht mit Strafe bedroht, es auch Mittel gewähren muß, durch die beides vermieden werden kann durch Eingreifen der Angehörigen oder der Behörde. Einzelne Staaten haben diese Notwendigkeit sehr richtig erkannt und in logischer Folgerung für die Praxis die zwangsmäßige Behandlung der Trinker gesetzlich für zulässig erklärt, entweder auf gerichtlichem oder auf dem Verwaltungswege, so einige Staaten der Union wie Massachusetts, so England, Neusüdwales, viele Kantone der Schweiz, Schweden; auch der österreichische Entwurf von 1895 sah das vor [1]. In England hatte man lange Zeit geglaubt, die Zwangsbehandlung entbehren zu können, und daher zunächst nur ein Gesetz erlassen, das freiwillige Aufnahmen aber mit Zwangsdetention auf die notwendige Dauer gestattete. Es hatte sich aber bald ergeben, daß dies Gesetz nur von Vorteil war für die ganz Einsichtigen und für die Wohlhabenden. *Kesteven* [2]) führte in einem Aufsatze aus, daß die so gerichteten „Inebriates acts 1879 und 1888" nur deswegen wertvoll geworden sind, weil sie die Tatsache klargestellt haben, daß, wenn wirklich in der Gesetzgebung dauernd Gutes bezweckt wird, die Freiwilligkeit ausgeschlossen werden muß. Es haben sich denn auch sehr bald alle Kenner der Verhältnisse in England für die zwangsmäßige Behandlung ausgesprochen, so *Norman Kerr*, *Stanley Hayne*; auch das „Scotch Department Comitee on Habitual Offenders, Ine-

---

der Gemeingefährlichkeit muß durch Handlungen belegt sein. Ein zu pathologischen Räuschen neigender ist aber genau so gemeingefährlich wie ein tobsüchtiger Geisteskranker, auch wenn er noch keine Gewalttaten vollführt hat. Im wissenschaftlichen Sinne ist der Alkoholiker zweifellos ebenso ein Geisteskranker wie ein anderer Hirnvergifteter. Bei pathologischen Rauschzuständen usw. stimmt dem auch Volk und Rechtsprechung ohne weiteres zu. Bei der allmählich verlaufenden chronischen Vergiftung wehrt man sich gegen diese Auffassung unter der Suggestion der allgemein herrschenden Trinksitten. Die Widerstandslosigkeit gegen den Alkohol ist aber schon ein Symptom der Vergiftung, eine Schwächung der Willensspannung (*Kraepelin*), und beim Disponierten läuft eine fortgesetzte Giftwirkung vom ersten Glase oder doch von einem bestimmten Zeitpunkte ab des scheinbar harmlosen Zechens bis zum traurigen Ende.

[1]) S. darüber bes. *Schaefer* (Nr. 104).

[2]) S. Nr. 78, S. 14 ff.

briates etc." spricht von Zwangsheilung als einer volkstümlichen Forderung (bei *Kesteven*).

Es ist sehr bezeichnend, daß es fast nur demokratische Staaten sind, in denen man zum Besten der Allgemeinheit vor der Zwangsbehandlung des einsichtslosen Trinkers nicht zurückschreckt, auch ohne ihn vorher der bürgerlichen Rechte zu berauben [1]). Die Erfahrungen, die man in all den Staaten mit der Anwendung der Zwangsbehandlung gemacht hat, werden durchweg als gute angegeben. Daher ist der Ruf nach einem ähnlichen Gesetze in Deutschland schon lange erhoben worden [2]).

Während für die Bewahrung unheilbarer Alkoholiker lediglich die Anstalt in Frage kommt, und diese sich im Rahmen der Irrenfürsorge oder mit Hilfe des Entmündigungsverfahrens ohne weiteres von selbst regelt, ist die Zweckmäßigkeit der ausnahmslosen Behandlung heilbarer Trinker in Anstalten nicht unbestritten. Die Bestrebungen von Abstinenzorganisationen haben zum Teil hervorragende Erfolge in der Erziehung von Alkoholikern zur Enthaltsamkeit, und einzelne Stimmen sehen in ihrer Arbeit das wahre und einzige Heil in der ganzen Frage. Daß jedoch neben den Abstinenzorganisationen Trinkerheilstätten eine Notwendigkeit sind, ergibt sich ohne weiteres aus zwei Überlegungen heraus. Der Eintritt in einen Verein setzt stets noch eine gewisse Einsicht beim Alkoholiker voraus, die aber erfahrungsgemäß oft schon früh durch den typischen Optimismus des Trinkers getrübt sein kann; ferner sind andere Vorbedingungen nötig wie religiöse Neigung, soziale Anpassungsfähigkeit und dgl., die nicht immer erfüllt sind. Im ganzen sieht man bei den Besitzenden und den Gebildeten lieber immer Verschwinden in einer Anstalt als Beitritt zu einem Vereine mit dessen unvermeidbarer und sicherlich sehr segensreicher propagandistischer Tätigkeit. Dann

---

[1]) *Frank* (Nr. 55) führt aus: Die Irrenanstalten müssen sie (Trinker) nach Ablauf des Deliriums entlassen, obwohl heute kein Sachverständiger dran denkt, daß ein solcher Kranker . . . geheilt ist, einfach weil die . . . Auffassung dahin geht, daß diese Zustände nicht als krank im Sinne des Gesetzes aufzufassen sind. . . . In der Schweiz stehen wir unbeschadet unsrer Freiheit auf einem anderen Standpunkt, und dieser ist mit schuld daran, daß wir auf dem Gebiete der Behandlung der Alkoholkranken schnellere Fortschritte machen konnten. Und doch wurde in der Schweiz nie eine Klage laut über widerrechtliche Freiheitsberaubung (S. 453).

[2]) S. u. a. *Baer*, *Bollmann*, *Bratz*, *Colla*, *Endemann*, *Flade*, *Kappelmann*, *Waldschmidt*.

aber ist bei vielen Alkoholikern eine Entfernung aus ihrer ganzen bisherigen Umgebung für eine gewisse Zeit unerläßlich; sie bedürfen einer beständigen Beeinflussung im Sinne der Abstinenz, einer Wiedererziehung zu regelmäßiger Tätigkeit, einer geistigen Vertiefung und Willensstärkung in einem durchaus enthaltsamen Milieu, wie das alles eben nur möglich ist im Rahmen einer Anstalt, die im entsprechenden Geiste geleitet wird [1]).

Wir streifen nur kurz die Frage der Notwendigkeit von besonderen Anstalten für Trinker, worüber eine sehr reichhaltige Literatur vorliegt. Von den verschiedenen Krankenanstalten sind die allgemeinen Krankenhäuser und die offenen Sanatorien nach dem Gesagten mit ihrem ganz zwanglosen Betriebe selbstverständlich ganz ungeeignet. Was die Irrenanstalten betrifft, so eignen sie sich nur zur Behandlung von akuten Geistesstörungen beim Alkoholismus, und die Trinker müssen nach Ablauf der akuten Psychose in eine Spezialanstalt überführt werden. Wir sehen freilich, daß noch heute viele Alkoholiker in Irrenanstalten behandelt werden und zwar entweder als freiwillige Pensionäre oder nach der Entmündigung zwangsweise. Was die Freiwilligen betrifft, so kann das Maß ihrer freien Bewegung und die Dauer der Behandlung nur durch ärztlichen Rat, nie jedoch durch äußeren Zwang bestimmt werden; ein Unterschied gegen offene Sanatorien ist also hier gar nicht vorhanden. Die Entmündigten sind aber für jede Irrenanstalt ein großes Kreuz. Da sie sich unter der Abstinenz, die ihnen selbstverständlich in der Irrenanstalt auch auferlegt wird, sehr schnell bessern, so sind die rein ärztlichen Voraussetzungen zur Zurückhaltung in einer geschlossenen Anstalt meist schon nach kurzer Zeit nicht mehr vorhanden. Das, was ihnen nottut, die Einfügung in ein strenges System der Enthaltsamkeit, der Arbeit und der moralischen Beeinflussung, die unter Umständen eine schwere psychotherapeutische Arbeit seitens des Arztes erfordert, läßt sich in dieser Allgemeinheit, wie sie nötig ist, abgesehen von der grundsätzlichen Abstinenz, die wohl in allen Anstalten jetzt

---

[1]) *Aschaffenburg* (Nr. 3) sagt darüber: Das sicherste und beste Mittel ist . . . die Überweisung in eine Trinkerheilanstalt. Diese ist überall da notwendig, wo sich die Verpflichtung zur Enthaltsamkeit als undurchführbar oder nicht ausreichend erweist." Er erkennt im übrigen die guten Erfolge der Abstinenzvereine ohne weiteres an. *Moser* (Nr. 94) sagt sehr treffend: daß „jede Versorgung nur als letzter, wenn auch rechtzeitig zu betretender Ausweg zu denken ist, der aber gegebenenfalls energisch eingeschlagen werden muß".

eingeführt sein dürfte, nicht durchführen, zumal bei der großen Zahl von Kranken, die jeder Irrenarzt zu versorgen hat, und die zur Zeit durch den „Abbau" noch wächst, so daß schon das wissenschaftliche Arbeiten recht in den Hintergrund gedrängt wird. Die Irrenanstalten sind zur zweckmäßigen Behandlung von Trinkern im allgemeinen zu groß und bieten nicht die Umgebung, die der zu heilende Alkoholiker unter allen Umständen braucht; es muß auch naturgemäß die grundsätzlich feste Hand fehlen, die die Insassen alle zusammenhält und nach gleichem Prinzip leitet und beeinflußt bei selbstverständlicher psychotherapeutischer Individualisierung. Die Alkoholiker bilden erfahrungsgemäß daher in diesen Anstalten ein „ferment de désordre", wie *Legrain* sagt, und jeder Anstaltsleiter ist schließlich froh, wenn er sie wieder entlassen kann. Diese Erfahrung wird auch von anderen ausländischen Autoren bestätigt, z. B. vom „Scotch Departement" und von den Amerikanern *Clouston*, *Yellowlies*, *Rosie*, die entschiedenste Gegner der Behandlung von Trinkern in Irrenanstalten sind [1]).

Schon seit über 50 Jahren ist auch bei uns in Deutschland der Ruf nach Einrichtungen von Trinkerheistätten ergangen; von Ärzten, die sich darum bemüht haben, nenne ich: *Roller*, *Flemming*, *Nasse*, *Laehr*, *Pelman*, *Hitzig*, *Fürstner*, *v. Krafft-Ebing*, *Kahlbaum*, *Jolly*. Die neueren Autoren sind im Literaturverzeichnis angegeben. Die gesetzliche Regelung der ganzen Frage mit Einführung der zwangsmäßigen Heilbehandlung für heilbare und der Internierung unheilbarer Alkoholiker ist eine weitverbreitete Forderung und kann nicht mehr aufgeschoben werden.

Es bestehen in Deutschland seit längerer Zeit Trinkerheilstätten, die meist durch charitative Vereinigungen ins Leben gerufen worden sind; von ihnen ist eine Reihe während des Krieges aus Mangel an Zustrom und nach dem Kriege aus Mangel an Geldmitteln eingegangen, so daß nur noch etwa 20 arbeiten, teilweise unter sehr schwierigen Verhältnissen [2]).

Die Trinkerheilanstalten sind übrigens als solche schon gesetzlich gewissermaßen anerkannt in der Reichsversicherungsordnung, wo der § 120 bestimmt, daß die einem Trinker zu gewährende Sachleistung auch durch Aufnahme in eine Trinkerheilstätte geboten werden kann.

---

[1]) Proc. Soc. In. 1896.

[2]) Die Anstalten sind im Verbande der Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes zusammengeschlossen.

In noch viel weitergehendem Maße wird das zu erwartende neue Strafgesetz in seinen Sicherungsmaßnahmen auf die Trinkerheilanstalten rechnen müssen, wenn der Entwurf von 1925 Gesetz wird, da die Verbringung in solche Anstalten bei kriminellen Alkoholikern vom Gericht unter Umständen angeordnet werden muß.

Die Lösung der ganzen Aufgabe ist, wie schon berührt, bereits von verschiedenen Ländern praktisch in Angriff genommen worden, und es liegt eine ganze Reihe guter Gesetze vor, über die der Quellennachweis eine Übersicht gibt, und von denen im besonderen Teile noch zu sprechen sein wird.

II. Richtlinien für ein zu erlassendes Trinkerfürsorgegesetz.

Über die gesetzliche Fürsorge für Trinker liegen, wie im allgemeinen Teile bereits angeführt, schon Erfahrungen im Auslande vor; aber auch die Erfahrungen der seit Jahren in Deutschland arbeitenden Trinkerfürsorgestellen und Trinkerheilstätten, sowie die der Irrenanstalten bedürfen der Berücksichtigung, und vor allem ist es wichtig, diejenigen Gesichtspunkte in einem künftigen Gesetze zum Ausdrucke kommen zu lassen, die sich aus der wissenschaftlichen Lehre vom Alkoholismus ergeben. Schließlich sei darauf hingewiesen, daß sich in der deutschen Literatur bereits mehrere Entwürfe zu einem Trinkerfürsorgegesetze finden. Die Bestimmungen der Trunksuchtsgesetzentwürfe von 1891 und 1902 können, soweit sie überhaupt unsere Frage berühren, als veraltet unberücksichtigt bleiben. Stadtrat *Kappelmann* [1]) hat zwei in allen Einzelheiten ausgearbeitete Entwürfe geliefert; neuerdings hat sich der Badische Landesverband gegen den Alkoholismus mit der Frage eingehend befaßt, und ein daraufhin von Dr. *Grein* fertiggestellter Entwurf ist in der Kriminalpsychologischen Monatsschrift veröffentlicht worden [2]). Auch der österreichische Entwurf von 1895 bietet einige verwertbare Bestimmungen [3]).

Im folgenden sollen diejenigen Richtlinien festgelegt werden, die auf der Grundlage der heutigen wissenschaftlichen Auffassung der Erscheinungen der Trunksucht und nach der allgemeinen Er-

---

1) Siehe Nr. 72 u. 73.
2) S. Nr. 61 a.
3) Siehe bei *Schaefer* Nr. 104.

fahrung bei der Durchführung der Trinkerbehandlung als zweckmäßig und notwendig anerkannt worden sind.

1. Bezeichnung des Gesetzes.

Als Name des Gesetzes empfiehlt sich der von uns bereits in den Ausführungen mehrfach gebrauchte, „Trinkerfürsorgegesetz" oder auch „Gesetz betr. die Fürsorge für Trunksüchtige und Trunkfällige". Es ist durchaus wichtig, daß im Namen zum Ausdruck komme, daß es sich bei dem Gesetze um eine humanitäre Maßnahme handelt wie bei der Fürsorge für Lungen- und Geschlechtskranke; dieser Forderung genügt die Bezeichnung „Fürsorge". Ferner umfaßt der Ausdruck alle Maßnahmen, die bei der Bekämpfung der Trunksucht an dem einzelnen Menschen in Frage kommen können: Schutzaufsicht, Zwangsheilung, Versorgung bei Unheilbarkeit und andere gelegentlich etwa anzuwendende Mittel. Dabei wird im Gesetze auf die Entmündigung und auf die Versorgung krimineller mit Sicherungsmaßnahmen bedachter Trinker Rücksicht genommen werden müssen, und entsprechende Bestimmungen werden sich zwanglos in den Rahmen des Gesetzes als Heil- oder Versorgungsmaßnahmen einfügen. Alle sonstigen Bezeichnungen bestehender Gesetze, z. B. Gesetz betr. Versorgung von Gewohnheitstrinkern (Basel, Luzern, Obwalden, St. Gallen) oder Gewohnheitstrinkergesetz (England) sind weniger geeignet; nur Aargau bezeichnet sein Gesetz ebenfalls einfach als Gesetz über die Trinkerfürsorge. Wenn wir neben dem einfachen Namen Trinkerfürsorgegesetz den längeren und unschöneren „Gesetz betr. die Fürsorge für Trunksüchtige und Trunkfällige" zur Erwägung stellen, so veranlaßt uns dazu die Rücksicht auf diejenigen Alkoholintoleranten, die nicht Trinker oder Trunksüchtige im gewöhnlichen Sinne sind, sondern gelegentlich durch verhältnismäßig geringen Genuß weingeistiger Getränke in schwere (pathologische) Rauschzustände geraten, und die wir zum Unterschied von den eigentlichen entartenden Trunksüchtigen als Trunkfällige zu bezeichnen vorschlagen [1]). Wenn durch den Namen des Gesetzes die Bestrebung

---

[1]) *Endemann* (Nr. 42) will den Ausdruck trunkfällig vorbehalten wissen für den im Sinne des Volksmundes nicht geisteskranken Alkoholiker im Gegensatz zu dem eigentlichen Trunksüchtigen, der eine ausgeprägte Form der geistigen Erkrankung zeigt. Diese Bezeichnungen lassen sich um so weniger halten, als *Endemann* unter die ausgeprägt geisteskrank Trunksüchtigen auch die Dipsomanen stellt, womit er vom ärztlichen Standpunkte zweifellos recht hat, aber bei einer gesetzlichen

der Fürsorge und des Helfens ausgedrückt ist, wird es übrigens auf die genaue Bezeichnung der Hilfsbedürftigen in dem Namen des Gesetzes um so weniger ankommen, als diejenigen, die unter das Gesetz fallen, oder die Voraussetzung, unter denen das Gesetz zur Anwendung kommen soll, erfüllen, näher zu bezeichnen sein werden.

2. Voraussetzungen zur Anwendung des Gesetzes.

Der wesentliche Inhalt des Gesetzes wird der sein, daß die Möglichkeit geboten werde, einen Alkoholiker auch gegen seinen Willen zu behandeln, nötigenfalls ihn zwangsweise, auch ohne vorherige Entmündigung, in eine Trinkerheilanstalt zu versetzen, oder bei Unheilbarkeit in einer Pflege- oder Verwahranstalt zu internieren. Hierbei sind die bereits vorliegenden Bestimmungen, die sich mit gesetzlichen Schritten gegen den Alkoholiker befassen, entsprechend zu berücksichtigen, wie der § 6, Abs. 3 BGB. über die Entmündigung wegen Trunksucht, die Sicherungsmaßnahmen des zu erwartenden neuen Strafgesetzbuches sowie der § 120 RVO. und der § 45 AVG. Es ergeben sich sonach folgende Möglichkeiten: Zwangsheilung ohne Entmündigung, Entmündigung mit Zwangsinternierung zum Heilversuche, Zwangsversorgung bei Unheilbarkeit mit oder ohne Entmündigung, Internierung auf Grund des Strafgesetzbuches und schließlich Behandlung auf Grund der Reichsversicherungsgesetze.

Was zunächst die Behandlung von Alkoholikern auf Grund eines Strafurteiles betrifft, so wird diese durch das neue Strafgesetzbuch in allen Einzelheiten geregelt werden, und ihre Voraussetzungen sind in § 92 des Entwurfes angeführt. Einzelheiten in Beziehung auf das Trinkerfürsorgegesetz ergeben sich bei anderen Punkten und kommen bei diesen zur Besprechung. Auch die Versorgung auf Grund der Reichsversicherungsgesetze bedarf keiner näheren Erläuterung, da sie ja nur die Gewährung von Sachleistungen bei Alkoholikern in der Form der Anstaltsbehandlung festlegt.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bei der Entmündigung. Es ist schon im allgemeinen Teile ausgeführt worden, daß die Ent-

---

Regelung der Trinkerfürsorge fehlgreift, weil hier zwischen Trunksüchtigen im eigentlichen Sinne zu unterscheiden ist und solchen Alkoholintoleranten, die gelegentlich im Genusse exzedieren und, ohne alkoholistische Entartung zu zeigen, doch in ihrem oder im allgemeinen Interesse der Fürsorge bedürfen. — Wir selbst gebrauchen im folgenden für die Fürsorgebedürftigen den Ausdruck Trinker oder Alkoholiker.

mündigung wegen Trunksucht in allen Fällen den Heilversuch oder bei Unheilbarkeit die Versorgung in einer Pflegeanstalt notwendig zur Folge haben muß, da die Entmündigung den Alkoholiker wohl geschäftlich beschränkt, ihn aber nicht hindern kann, sich weiter durch Alkoholgenuß geistig und körperlich zu ruinieren und gemeingefährliche Handlungen zu begehen. So bestimmt denn auch beispielsweise das Schweizer Zivilgesetzbuch in Art. 421, Z. 13: „Die Unterbringung eines Entmündigten (wegen Verschwendung, Trunksucht, lasterhaften Lebenswandels usw.) in eine Erziehungs-, Versorgungs- oder Heilanstalt ist Aufgabe des Vormundes unter Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes.“ Auch *Staudinger* (Nr. 116) erklärt, daß der Hauptzweck der Entmündigung nach § 6 Abs. 3 BGB. eben die Anstaltsversorgung des Trinkers ist. Es wird somit bei dieser Auffassung, die, wenn noch nicht allgemein anerkannt, doch den Wert humanster Auslegung für Trinker zeigt und daher allgemeine Billigung beanspruchen darf, zweckmäßig sein, in einem künftigen Tr.F.G. zu bestimmen, daß das Vormundschaftsgericht die Versetzung des Trinkers in eine Trinkerheilstätte oder bei Unheilbarkeit in eine Verwahrungsanstalt anordnen muß, wenn das mit Rücksicht auf die Heilung des Trinkers oder seine oder der Allgemeinheit Sicherheit notwendig erscheint. Diese Einschränkung dürfte sich empfehlen, da zweifellos auch andere Wege gelegentlich zur Erreichung des gedachten Zweckes genügen, und selbst der Entwurf zum neuen Strafgesetze an Stelle der Anstaltsversorgung Schutzaufsicht zuläßt, wo diese genügt. Daß die Voraussetzung zur Entmündigung auch für die Versetzung des Alkoholikers in eine Anstalt ausreiche, wird um so weniger bezweifelt werden können, als die bürgerliche Entrechtung auf unbestimmte Zeit ein schwererer Eingriff ist als die zeitlich begrenzte Beraubung der persönlichen Freiheit des Alkoholikers zum Zwecke der Heilung oder die Dauerinternierung eines unheilbaren, oft gemeingefährlichen Trinkers. Im übrigen ist die Berechtigung des Vormundes, den Aufenthaltsort des Entmündigten zu bestimmen, in § 1800 BGB. festgelegt.

Hierbei verdient der § 681 ZPO. besondere Berücksichtigung, nach dem die Beschlußfassung über die Entmündigung ausgesetzt werden kann, wenn Aussicht besteht, daß der Trinker sich bessere. Da ein Alkoholiker sich aber fast niemals aus eigenen Kräften von seiner Sucht befreien kann, so ist schon seit langer Zeit gefordert, daß mit der Aussetzung der Beschlußfassung Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden (*Bratz*, *Colla*, *Endemann*, *Flade*, *Kappelmann*,

Waldschmidt). Diese Maßnahmen können bestehen in der Verpflichtung des Alkoholikers, sich unter Schutzaufsicht zu stellen durch Beitritt zu einem Enthaltsamkeitsverein oder in freiwilligem Eintritt in eine Trinkerheilanstalt. Dem Vormundschaftsgericht muß durch das zukünftige Tr.F.G. das Recht gegeben sein, solche Sicherungsmaßnahmen von sich aus anzuordnen.

Der Hauptpunkt unserer Erörterungen wird indessen die Frage sein nach den Voraussetzungen für zwangsmäßige Verbringung in eine Anstalt ohne vorheriges Entmündigungsverfahren und ohne Strafurteil.

Kappelmann will die Voraussetzung zur Entmündigung nach § 6 BGB. auch für Zwangsbehandlung gelten lassen, führt aber ferner für diese geeignet und ihrer bedürftig an auch diejenigen Personen, die durch ihr Verhalten in der Trunkenheit öffentliches Ärgernis erregen, sofern das Vorliegen von Trunksucht bei ihnen festzustellen ist, und drittens solche, die, infolge von Trunksucht als geisteskrank oder geistesschwach in eine Irren- oder sonstige Anstalt aufgenommen, aus derselben als gebessert oder geheilt entlassen worden sind, jedoch durch ihr Verhalten dartun, daß sie noch nicht hinreichende Fähigkeit zur Selbstbeherrschung und zum Widerstande gegen die Trunksucht besitzen. Der badische Entwurf [1]) sagt: „Wer durch Alkoholmißbrauch sich oder andere in erheblichem Maße gesundheitlicher, sittlicher oder wirtschaftlicher Gefahr aussetzt, oder einen Lebenswandel führt, der geeignet ist, öffentliches Ärgernis zu erregen (Trinker), kann gegen oder ohne seinen Willen in eine Heil-, Arbeits- oder Bewahranstalt eingewiesen werden, wenn die Einweisung erforderlich ist, um den Trinker zu bessern, vor Verwahrlosung zu schützen oder unschädlich zu machen.“ Die Gesetze im Auslande haben alle mehr oder minder dem Bedürfnisse genügt, in ähnlicher Weise die Voraussetzungen näher zu beschreiben (England, Schweden, Basel-Stadt, Waadt, Aargau, Freiburg, Neuenburg, Bern, Zürich). Nur Neu-Süd-Wales spricht ohne nähere Bezeichnung von Grad und Folgen der Trunksucht einfach von Trinkern, und St. Gallen, Luzern, Graubünden von solchen, die dem Trunke ergeben sind (St. Gallen: gewohnheitsmäßig). Basel-Stadt hat die Voraussetzung des deutschen Entmündigungsparagraphen übernommen und dazu, wie auch *Kappelmann* will, das öffentliche Ärgernis. Ebenso zählen Aargau und Zürich (Entwurf) das öffentliche Ärgernis mit auf, und wenn Waadt,

---

[1]) S. *Grein* (Nr. 61 a).

Freiburg und Neuenburg die Voraussetzungen so fassen: „qui compromêt par son ivrognerie sa situation ou (et) celle des siens“, so begreift die „compromission de la situation“ das öffentliche Ärgernis offenbar mit ein. *Moser* (Nr. 94) betont sehr richtig, daß die „compromission“ sich auch auf immaterielle Schäden beziehen kann. Freiburg übersetzt im deutschen Texte des Gesetzes: „Wer seine Stellung aufs Spiel setzt“ und fügt übrigens hinzu: „seine Gesundheit und seine sozialen Pflichten“. Die Schädigung der eigenen Gesundheit wird auch in Ontario als eine Voraussetzung zur Entmündigung angeführt, wo überhaupt die Voraussetzungen am weitesten gefaßt sind (z. B. Benachteiligung der Gläubiger durch leichtsinnige Geschäfte). Der österreichische Entwurf sagt: „Personen, welche infolge des regelmäßigen (gewohnheitsmäßigen) oder periodisch unmäßigen Genusses alkoholischer Getränke auch ohne eigentliche geistige Erkrankung sich oder ihren Angehörigen in sittlicher oder wirtschaftlicher Beziehung gefährlich werden, oder ihre eigene oder Anderer körperliche Sicherheit gefährden.“ England begnügt sich, den Ausdruck Trinker, Gewohnheitstrinker, Trunksüchtiger, wie er für das Gesetz (vom 3. 7. 79) Geltung haben soll, näher zu erläutern: „. . . bedeutet eine Person, die, ohne gerichtlich für geisteskrank erklärt worden zu sein, dennoch infolge gewohnheitsmäßigen Mißbrauches geistiger Getränke zeitweilig für sich oder andere gefährlich oder unfähig ist, für sich oder ihre Angelegenheiten zu sorgen.“ Wie schwer es ist, eine gemeingültige Definition des Trinkers zu geben, hebt *Grein* hervor, der auch und mit Recht die Definition des Reichsgerichts ablehnt[1], weil sie nur einen Teil der Trinker trifft, da es auch unsoziale, aber nicht süchtige, wenn auch alkoholkranke Versorgungsbedürftige gibt.

Daß man vielfach das Bedürfnis anerkannt hat, die Erregung des öffentlichen Ärgernisses in die Voraussetzungen mit aufzunehmen, ist wichtig und darf bei einer gesetzlichen Regelung der Trinkerfürsorge nicht unbeachtet bleiben. Es würde sich sonach als zweckmäßigste etwa eine Fassung wie die folgende ergeben: Wer infolge von Alkoholgenuß sich selbst oder die Sicherheit anderer gefährdet, seine Familienpflichten vernachlässigt oder öffentliches Ärgernis erregt, kann auch gegen seinen

[1] „Trunksüchtig ist, wer einen so krankhaften Hang zum übermäßigen Trinken hat, daß die Kraft, dem Anreiz zum übermäßigen Genuß geistiger Getränke zu widerstehen, verloren gegangen ist.“

Willen in eine Trinkerheilanstalt verbracht werden. In der eigenen Gefährdung liegt natürlich auch die durch den Alkoholgenuß bewirkte Gesundheitsgefährdung mit eingeschlossen, und es ermöglicht diese Bestimmung ein frühzeitiges Eingreifen im Interesse des Alkoholikers selbst; die Vernachlässigung der Familienpflichten begreift auch die Vernachlässigung der Berufspflicht, der Pflicht zu guter Erziehung der Kinder, auch durch Beispiel, und der Pflicht zur Wahrung seines Ansehens nach außen hin in sich.

Verfehlt ist die Ansicht *Endemanns*[1]), daß die persönliche Freiheit, sich selbst zu ruinieren, gesetzlich unangetastet bleiben soll, und nur der soziale Grund für die Zwangsbehandlung (Verarmung und Armenunterstüzung) zur Anerkennung kommen darf. Der Alkoholiker ist, weil er durch den Trunk entartet, immer gemeingefährlich und zwar in strafrechtlicher, sozialer und allgemein hygienischer Beziehung. Anerkennung des *Endemann*schen Standpunktes würde ein Klassengesetz schaffen, da es die wohlhabenden Trinker nicht treffen kann, und entbehrte des wesentlichen Momentes der Rücksicht auf sittliche und volksgesundheitliche Schäden.

Im Zusammenhang mit der Besprechung der Voraussetzungen verdient die wiederholt aufgeworfene Frage Beantwortung, ob es sich empfehle, gesetzlich vorzuschreiben, daß ein Heilversuch vor jeder Entmündigung zu machen sei; es würde das zwar nicht einer gesetzlichen Vorschrift analoger Art, aber doch der im allgemeinen geübten Praxis bei Geisteskranken entsprechen. Es erledigt sich aber diese Frage durch die oben gemachten Ausführungen betreffend § 6, Abs. 3 BGB. und § 681 ZPO.

Was die im volkstümlichen Sinne geisteskranken Trinker betrifft, so ist die *Kappelmann*sche Fassung zu umständlich, und entbehrt sie auch der Sicherung durch objektive Feststellung. Man wird mit ruhigem Gewissen und besserer Sorge für die Alkoholiker annehmen können, daß die geistig erkrankten Trinker, d. h. die an alkoholistischen Geistestörungen leidenden alle der Behandlung nach Ablauf der akuten Psychose bedürfen. Und da, wie schon im allgemeinen Teile ausgeführt, die Alkoholiker in Irrenanstalten bald ein sehr unangenehmes Element bilden, und ihre sachgemäße Behandlung dort doch nicht durchführbar ist, so ist es das Beste, sie sobald als möglich ohne Weiteres einer Trinkerheilstätte zuzuführen. Dabei ist freilich zu bemerken, daß es auch hier Fälle geben kann, wo eine Schutzaufsicht ausreicht,

---

[1]) Nr. 43, S. 53.

z. B. bei erstmaligen pathologischen Rauschzuständen oder auch einer Halluzinose — die nötige Einsicht des Trinkers vorausgesetzt.

Schließlich ist noch die Frage zu behandeln, ob die Verbringung in die Anstalt oder etwaige sonstige Sicherungsmaßnahmen beim Vorliegen der gedachten Bedingungen gesetzlich nur gestattet oder angeordnet werden sollen. *Kappelmann* sagt: „der Eintritt in die .... Anstalt „kann" erfolgen", ebenso St. Gallen, Luzern, Basel-Stadt, Waadt, Aargau, Graubünden, Neu-Süd-Wales; auch der badische Entwurf gibt durch das „kann" nur die Möglichkeit. Der Züricher Entwurf, der abgelehnte Entwurf von Thurgau, Freiburg und Neuenburg ordnen die Versorgung an („muß versorgt werden", „ist zu versorgen", „doit être interné"). Indessen sind die Erörteterungen darüber wohl überflüssig, da es sich für die praktische Ausführung des Gesetzes um dasselbe handelt. Das Wesentliche bleiben ja die Voraussetzungen und ihre Bewertung durch die verfügende Behörde: Liegen die Voraussetzungen so, daß der zuständige Beamte die Notwendigkeit der Heilbehandlung auch gegen den Willen des Trinkers anerkennen muß, so wird er eben, handelt er nicht pflichtwidrig, die Sicherungsmaßnahme verfügen, zu der er berechtigt ist; kann er sich auf der anderen Seite von der Vollgültigkeit der Voraussetzung nicht überzeugen, wird er auch nicht der ihm auferlegten Pflicht nachkommen können, die Versetzung in eine Anstalt oder dergl. zu verfügen. Die ganze Frage hängt also so oder so doch immer von der Auffassung des vorgebrachten belastenden Materiales und von dem Verständnis des Beamten für die wissenschaftliche Lehre des Alkoholismus und für die Erfahrungstatsachen bei der Trinkerbehandlung ab. Man kann dagegen nicht einwenden, daß der Entwurf zum neuen Strafgesetze die Versetzung kriminell gewordener Trinker in eine Anstalt anordne; denn hier handelt es sich um eine res judicata, die als gesetzliche Folge die Internierung nach sich zieht, bei dem anderen Verfahren aber fällt der Versorgungsbeschluß mit dem Urteil über die Sachlage zusammen.

3. Antragsrecht. Beschlußbehörde.

Das Antragsrecht hat am weitesten das Gesetz von Neu-Süd-Wales ausgedehnt, das sogar dem behandelnden Arzte [1]), dem Ge-

[1]) Also unter Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Hier liegt bereits etwas wie der Anfang ärztlicher Meldepflicht vor. — Bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Berlin haben die Krankenbesucher

schäftsteilhaber und „irgend einem Verwandten" gestattet, ein Ersuchen darum an ein Mitglied der Polizeiverwaltung zu richten [1]). Daß eine so ausgedehnte Antragsberechtigung für uns nicht diskutierbar, weil nicht erreichbar ist, bedarf keiner weiteren Ausführung. *Kappelmann* will die zum Antrage auf Entmündigung wegen Trunksucht nach Reichs- und Landesgesetz berechtigten und eine durch Landesrecht zu bestimmende Verwaltungsbehörde des Wohnortes, bei geisteskranken Trinkern, die in Irrenanstalten interniert sind, auch die Vorstände der Anstalten berechtigt wissen.

In der Schweiz ist eine Reihe von Behörden berechtigt, in einzelnen Kantonen verpflichtet, den Antrag einzureichen. In St. Gallen „irgendeine Behörde", in Basel-Stadt das Polizeidepartement mit oder ohne Antrag von Verwandten oder Behörden, in Waadt der „Conseil de santé et des hospices", in Bern der Regierungsstatthalter, die Armeninspektoren, die Vormundschafts-, Ortsarmen-, Ortspolizei- und Schulbehörde, während in Aargau zum Antrage verpflichtet sind die Vormundschaftsbehörde, das Bezirksamt und alle sonstigen Verwaltungs- und Gerichtsbehörden, ähnlich in Neuenburg und Graubünden [2]). In Schweden ist ein besonderer Nüchternheitsausschuß durch das Gesetz für jede Gemeinde eingeführt, dem das Antragsrecht für gewöhnlich allein zusteht auf Ansuchen der Angehörigen; bei Gemeingefährlichen ist auch die Polizei antragsberechtigt [3]). Von Privatpersonen beschränkt Freiburg das Recht auf die Eltern, sonst werden allgemein nur „Verwandte" bezeichnet, während Waadt jedermann für „anzeigeberechtigt" erklärt. *Moser* führt in seiner Arbeit aus, daß bei Nennung gewisser Personen durch Behörden nicht ausgeschlossen ist, daß „nicht auch jeder andere Interessent" bei der zuständigen Behörde vorstellig werden dürfte". Die St. Galler Regierung eifert die Bezirksämter und Gemeinderäte an: „Es ist unerläßlich,

---

durch verschiedenfarbige Meldezettel mitzuteilen, ob sie Anzeichen von Tuberkulose, Geschlechtskrankheit oder Alkoholismus in der besuchten Familie beobachtet haben.

[1]) Der neue badische Entwurf geht ebenfalls weit: Der gesetzliche Vertreter, die Verwandten und Verschwägerten, die vom Trinker Geschädigten oder Gefährdeten, die Trinkerfürsorgestelle, das Vormundschaftsgericht, der Staatsanwalt, der Bezirksarzt neben dem Gatten und dem Trinker selbst.

[2]) Das Graubündener Gesetz schuf im Art. 12 die Stelle eines kantonalen Fürsorgers, der das ganze Fürsorgewesen überwacht. Dieser Fürsorger hat natürlich auch das Antragsrecht.

[3]) S. Alk. Fr. 1916, H. 2.

daß die Behörden sich der Gewohnheitstrinker, gleichviel welches deren Stellung sei, rechtzeitig und mit Umsicht annehmen und, wenn Verwarnungen nicht Erfolg haben, gegebenenfalls mit einer gewissen Unerbittlichkeit .... von dem durch das Gesetz gebotenen Mittel der Versorgung Gebrauch mache. Eine gegenteilige Haltung bedeutet eine Vernachlässigung des Versorgungsbedürftigen, eine Gefährdung seiner Familie und schließlich eine Schädigung der Gemeinde und der moralischen Güter des Volkes". Der österreichische Entwurf von 1895 bestimmte als Antragsberechtigte außer den nächsten Angehörigen und dem Vormunde die Vorsteher der Kranken- oder Irrenanstalt, in der sich der Trinker zur Zeit befindet, die Staatsanwaltschaft und den Vorsteher der Gemeinde. Massachusettes umgrenzt den Kreis der zum Antrag Berechtigten garnicht, verlangt aber eidliche Vernehmung beim Antrage.

Daß eine amtliche Initiative bei der Zwangsversorgung unerläßlich ist, ist schon im allgemeinen Teile dargelegt worden; wir sehen sie im weitesten Maße in der Schweiz durchgeführt, und von welchem humanen Geiste solche Bestimmungen getragen sind, erhellt aus dem mahnenden Erlaß der St. Galler Regierung. Die amtliche Antragsberechtigung wird der Staatsanwaltschaft [1]), der Armenbehörde und der Trinkerfürsorgestelle, sofern sie amtlichen Charakter hat, zufallen müssen als den drei Instanzen des bedrohten Rechtes, der gefährdeten Ortsfinanzen und der Volksgesundheit.

Was die private Antragsberechtigung betrifft, so empfiehlt es sich nicht, über die hinauszugehen, die nach § 646 ZPO. für das Entmündigungsverfahren festgelegt ist (Ehegatte, ein Verwandter, der gesetzliche Vertreter, dem die Sorge für die Person zusteht). Bei der oben angegebenen Ausdehnung des amtlichen Antragsrechtes können auch andere Private, die etwa durch den Trinker geschädigt sind, durch eine Anzeige bei der antragsberechtigten Behörde Schutz suchen.

Von viel größerer Bedeutung ist die Beantwortung der Frage

---

[1]) Die Fälle sind recht häufig, in denen der Alkoholiker, ohne im strafrechtlichen Sinne kriminell zu werden, doch gemeingefährlich wirkt. Einzelne tatsächliche Beobachtungen dazu: Ein gebildeter Alhoholiker zwang im Rausche seine Frau in Gegenwart der Kinder zu perversen Handlungen; ein anderer brachte Dirnen ins Haus und benahm sich mit ihnen schamlos in Gegenwart der fünfzehnjährigen Tochter; ein dritter zwang seine sechsjährige Tochter, Schnaps zu holen und mit ihm welchen zu trinken.

nach der beschließenden Behörde. Für die Entmündigten und diejenigen, bei denen die Beschlußfassung über die Entmündigung gemäß § 681 ZPO. ausgesetzt wird, ergibt sich die Beantwortung der Frage von selbst: es kann nur das Vormundschaftsgericht sein; bei den auf Grund der Sicherungsmaßnahmen des zu erwartenden neuen Strafgesetzbuches zu versorgenden Trinkern ordnet das Gericht die Internierung an. Es bleiben diejenigen übrig, die weder dem einen noch dem anderen Verfahren unterworfen sind.

Kappelmann will auch hier nur einen Gerichtsbeschluß gelten lassen: „Würde statt dessen die Zuständigkeit einer Verwaltungsbehörde gewählt worden sein [1]), so hätte die reichsrechtliche Regelung dieser Zuständigkeit versagt. Es hätte der Landesgesetzgebung überlassen werden müssen, zu bestimmen, welchen Behörden die Anordnung der zwangsweisen Verbringung zusteht". Auch bemängelt *Kappelmann*, daß bei Einführung einer Verwaltungsbehörde für die Beschlußfassung über Alkoholiker drei Behörden in derselben Sache tätig sind, außer der Verwaltungsbehörde noch das Zivilgericht beim Entmündigungsverfahren und das Strafgericht im Strafverfahren [2]). Er sagt aber selbst, daß dies alles Bedenken sind, die nicht so schwerwiegend erscheinen, als daß an ihnen allein die so vielseitig gewünschte Zuständigkeit der Verwaltungsbehörden scheitern müßte. Das erheblichste Hindernis scheint ihm in der Lösung der Frage zu liegen, welche Verwaltungsbehörde zuständig sein soll; und diese Frage sei reichsgesetzlich nicht zu regeln. Am Schlusse seiner Ausführungen sagt er: „Gelingt es, die aufgeworfenen Bedenken überzeugend zu zerstreuen, so muß grundsätzlich in der Tat die Übertragung der Zwangsverbringung an Verwaltungsbehörden als der erwünschtere Weg angesehen werden".

Auch *Endemann* ist für die Zuständigkeit des Gerichtes und zwar unter allen Umständen. Er sagt: „Hier ist hervorzuheben, daß die Beteiligung und der Schutz der staatlichen Gerichte und der Staatsanwaltschaft unumgängliche Voraussetzung bildet. Nicht deshalb, weil die Verwaltungsbehörden weniger Vertrauen verdienten; wohl aber, weil mit der einmal herrschenden Volksüberzeugung gerechnet werden muß. Man ist gewohnt, in der Zulassung des Rechtsweges i. w. S. die höchste Gewähr für eine unparteiische Rechtshandlung

---

[1]) In seinem Entwurfe (Nr. 73).

[2]) Was bei Geisteskranken übrigens auch der Fall ist und keinerlei Schwierigkeiten bietet.

zu erblicken [1])". *Endemann* weist ferner darauf hin, daß die mit Entmündigungssachen betrauten Richter genötigt sind, sich eine gewisse Kenntnis und Erfahrung in psychiatrischen Sachen zu erwerben, daß außerdem von Verwaltungsbehörden doch nur die Regierungen oder der Landeshauptmann usw. in Betracht kämen, also wenige und vielfach entfernt wohnende Behörden.

Die Gesetze in angelsächischen Ländern schreiben alle einen Gerichtsbeschluß vor für Verbringung in eine Anstalt; England umgibt sogar in seinen Gesetzen den freiwilligen, aber mit Detentionszwang verbundenen Eintritt in eine Anstalt mit einer ganzen Reihe von Rechtsgarantien, darunter z. B. die Beglaubigung des Antrags durch zwei Friedensrichter, die auch das Recht haben, den Trinker aus der Anstalt zu entlassen.

Demgegenüber sehen wir in der Schweiz fast überall die Zuständigkeit von Verwaltungsbehörden festgelegt (Gemeinderat mit oder ohne Bestätigung durch den Regierungsrat, Regierungsrat selbst oder Präfektur); nur Graubünden verlangt in seinem Fürsorgegesetz für „Trinker, Liederliche und Vaganten", die Wirksamkeit der Vormundschaftsbehörde. Hier liegt aber die unglückselige Verquickung von Heilbestrebung bei Kranken mit Besserungs- und Sicherungsbestrebungen gegen anders geartete Versorgungsbedürftige vor, die ohne weiteres weder unter ein Trinkerfürsorgegesetz noch unter die Bestimmungen über Geisteskranke fallen. Den angelsächischen Gesetzen (England, Ontario, Massachusetts, Neu-Süd-Wales) wird man die traditionelle Scheu vor Beschränkung der persönlichen Freiheit leicht anmerken; die Schweizer Kantone sind darin unbefangener, ebenso Schweden, nach dessen Gesetz die Provinzialregierung die beschließende Behörde ist. Auch der badische Entwurf hat sich *Ende-*

[1]) Nr. 43, S. 38. *Endemann* aber, der Jurist, lobt in einer Anmerkung selbst die Rechtsprechung des preußischen Oberverwaltungsgerichts, sie kehre meist eine so vornehme und selbstbewußte, über den Buchstaben des Gesetzes stehende Rechtsauffassung hervor, daß eine der Volkswohlfahrt entsprechende praktische Verarbeitung und Fortbildung des geforderten Trinkerfürsorgegesetzes dort mit Zuversicht zu erwarten wäre. Es ist nicht einzusehen, daß das Vertrauen zu den Verwaltungsbehörden nach der Umgestaltung unserer ganzen politischen Verhältnisse beim Volke z. Zt. ein geringeres wäre, als das zu den Gerichten. Kennzeichnend dafür ist der Widerstand der sozialdemokratischen Partei gegen den § 6 des Notgesetzes (Bestrafung sinnloser Trunkenheit), der in einer Zeitung folgendermaßen motiviert wird: „Es hat seine Bedenken, unseren Klassenrichtern einen solchen Paragraphen in die Hand zu geben". (Der abstinente Arbeiter, 1923 Nr. 3, S. 15).

manns und *Kappelmanns* Bedenken nicht zueigen gemacht und weist neben der Überwachung des Gesetzes dem Bezirksamte die Beschlußfassung zu, wie sich denn auch schon alle übrigen deutschen Bearbeiter der Frage auf den Standpunkt gestellt hatten, daß eine Verwaltungsbehörde zuständig sein müsse. Es ist zwar ohne Weiteres zuzugeben, daß die rechtliche Behandlung der Alkoholiker nicht dieselbe sein kann wie die der Geisteskranken; immerhin trifft aber *Kappelmann* doch einen Kernpunkt der Frage, wenn er sagt, daß „die völlige Loslösung von einem gerichtlichen Verfahren mit den dabei unumgänglichen Formalitäten und Weitläuftigkeiten an sich bei Weitem erwünschter — und vielleicht auch zweckdienlicher erscheint". Er ist also ebenso wie *Endemann* nur aus opportunistischen Gründen für das gerichtliche Verfahren. Seine Befürchtung, daß sich bei der landesgesetzlichen Regelung des Verfahrens auf dem Verwaltungswege eine Buntscheckigkeit darin herausbilden könnte, dürfte nicht zutreffen. Und *Endemann* sagt zwar mit Recht: „eine schlichte Übertragung der für Geisteskranke gegebenen Normen begegnet dem Bedenken, daß die Trunksucht für die Behandlung überall eine Sonderstellung einnimmt"; aber, wie schon angedeutet, soll das Verfahren ja auch nicht einfach dasselbe sein. Andrerseits aber ist zu bemerken, daß wir mit der gesamten Trinkerfürsorge überhaupt nur weiter kommen und bisher vorwärts gekommen sind dadurch, daß wir das Krankhafte im Alkoholismus immer mehr gewertet haben und den Begriff der Trunksucht als einer geistigen Störung auch dem Volksbewußtsein näher gebracht haben. In diesem Sinne hat sich auch schon die Jahresversammlung der Deutschen Irrenärzte zu Weimar im Jahre 1892 für den Verwaltungsweg ausgesprochen, und sagt *Schaefer* mit Recht: „Ein Trinker, dessen Trunksucht hinlänglich bezeugt ist, ist... gar kein Objekt richterlicher Tätigkeit, sondern er gehört denjenigen Behörden, welche mit Wahrung der öffentlichen Wohlfahrt betraut sind". Sicherlich liegen die Verhältnisse, wie *Endemann* betont, bei der Trunksucht etwas anders als bei den Geistesstörungen im Sinne der Laien; aber nicht, wie er will, weil die Trunksucht überall rechtlich eine andre Stellung einnimmt. Das ist eben die Folge einer wissenschaftlich nicht haltbaren Auffassung vom Alkoholismus. Der Entwurf zu einem neuen Strafgesetzbuche hat der richtigen Auffassung Rechnung getragen durch Anerkennung der Notwendigkeit der Heilung in Trinkerheilstätten. Wenn er gleichwohl im § 17 Strafmilderung bei selbstverschuldeter Trunkenheit ausschließt [1]), und in § 52 mit Wirtshaus-

[1]) Die Denkschrift zum Entwurfe sagt darüber: Dies entspricht

verbot, in § 335 mit Gefängnisstrafe gegen diejenigen vorgeht, die sich schuldhaft in Trunkenheit versetzt haben und darin eine Tat begangen haben, für die sie nicht bestraft werden können, weil ihre Zurechnungsfähigkeit durch den Alkohol ausgeschlossen war[1]), so sind das vom ärztlichen Standpunkte aus wohl anfechtbare Bestimmungen, die aber teilweise zunächst noch in der Praxis als notwendig anerkannt werden müssen[2]). Der Unterschied zwischen Alkoholismus und Geistesstörungen im gewöhnlichen Sinne, der Schwierigkeiten bei der gesetzlichen Regelung bereitet, liegt wo anders, nämlich einmal in den fließenden Übergängen von habituellem, allgemein als normal angesehenen Alkoholgenusse zur alkoholistischen Degeneration. Auch die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit ist ja verschwommen; aber der geistig gesunde Durchschnittsmensch hält eine gewisse Distanz zwischen sich und jenen Grenzfällen von geistiger Gesundheit und Krankheit, während das beim Alkoholgenusse nicht der Fall ist, weil der Alkoholiker oft, wenn er in ärztlichen Augen auch schon als solcher zu betrachten und behandlungsreif ist, doch immer noch von den Unkundigen toleriert und unter Umständen als fröhlicher Zecher geschätzt wird. Zweitens aber sind beim Geisteskranken offensichtliche Krankheitszeichen zu allermeist vorhanden und zu demonstrieren, beim Alkoholkranken oft garnicht, zumal beim Dipsomanen.

Der wichtigste Gesichtspunkt, der bei der gesetzlichen Festlegung der beschließenden Behörde maßgebend sein muß, ist der, daß das Verfahren nicht zu umständlich sei und nicht den Anschein habe, als bedeute es eine Maßregelung; es muß einfach, schnell und vom Ansehen einer helfenden Maßnahme sein. Deswegen ist eben in der Schweiz und in Schweden jedes gerichtliche Verfahren und ein der Entmündigung entsprechendes vermieden worden. Andererseits kann kein Zweifel bestehen, daß dem Alkoholiker eine Rechtsgarantie gegeben werden muß, wenn er für einige Zeit seiner Freiheit beraubt

---

dem Rechtsbewußtsein und dem Bestreben des Entwurfs, Trunkenheit und Trunksucht zu bekämpfen. Die Möglichkeit, verschuldete Trunkenheit innerhalb der allgemeinen Strafzumessungen als Milderungsgrund zu berücksichtigen, wird hierdurch nicht berührt.

[1]) In der Denkschrift zum Entwurfe von 1919 heißt es zu dieser Bestimmung: „Schuldhaft ist hier nicht im Sinne des § 10 zu verstehen („Schuldhaft handelt, wer den Tatbestand einer strafbaren Handlung vorsätzlich oder fahrlässig verwirklicht und zur Zeit der Tat zurechnungsfähig ist"); vielmehr versetzt der sich schuldhaft in Trunkenheit, dem ein sittlicher Vorwurf daraus zu machen ist, daß er sich betrunken hat".

[2]) Siehe darüber bes. *Aschaffenburg* (Nr. 3).

werden soll. Will man darauf bestehen, daß nur das Vormundschaftsgericht die beschließende Behörde sei, so müßte wenigstens jedes prozessuale Verfahren als umständlich und beim Volke unbeliebt vermieden werden.

Schwierig ist ohne Zweifel die Frage zu beantworten, welcher Verwaltungsbehörde die Beschlußfassung zugeteilt werden soll. Gegen die Gemeindeverwaltung und das Polizeiamt haben sich auch in der Schweiz gewichtige Stimmen erklärt. Die neuerdings bei uns überall eingeführten Wohlfahrtsämter genießen das allgemeine Vertrauen des Volkes, aber sie entbehren bisher jeder rechtsverbindlichen Initiative. Es ist sehr zweifelhaft, ob es sich empfiehlt, ihnen, gerade allein in der Trinkerfürsorge, eine solche zu verleihen. *Aschaffenburg* [1]) schlägt in andrem Zusammenhange gegebenen Falles zur Entscheidung ein Spruchkollegium vor, was auch hier Beachtung verdient, und es könnte damit, ohne förmliches Gerichtsverfahren, durch Beteiligung eines ein für alle Male nebenamtlich dazu verpflichteten Richters die etwa begehrte Rechtsgarantie geschaffen werden. Dies Kollegium könnte bestehen aus dem Vorsitzenden des Wohlfahrtsamtes, dem Richter und dem Kreisarzte. Von jedem Beschlusse ist sofort dem Staatsanwalt Mitteilung zu machen, und als Berufungsinstanz könnte das Vormundschaftsgericht benannt werden. In Fällen von alkoholistischer Geistesstörung, die bereits in Irrenanstalten behandelt werden, muß einfach das Zeugnis des Amtsarztes wie bei Geistesstörungen genügen. Aber es wird sich doch überhaupt fragen, ob bei Alkoholikern durchaus eine andere Instanz nötig ist, wie bei Geisteskranken, bei denen auch entgegen dem zurückgezogenen Entwurfe eines Irrenschutzgesetzes der neue zur Prüfung vorgelegte Entwurf eines Irrenfürsorgegesetzes die Verwaltungsbehörde (in Preußen den Landrat) bestehen läßt.

4. Vorläufige Unterbringung.

Bei Gefahr im Verzuge muß eine beschleunigte, vorläufige Unterbringung auf amtlichen Antrag ermöglicht werden. Es entspricht das dem analogen Verfahren bei Geisteskranken und Fürsorgezöglingen (in Preußen gemäß § 4 der Anweisung vom 26. 3. 01 über Unterbringung in Privatanstalten usw. für Geisteskranke und gemäß § 5

[1]) Betreffend die Dauer und Art der Internierung der nach dem Entwurfe zum neuen Strafgesetze in Anstalten zu verbringenden Trinker. S. Nr. 3.

des Preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes). Die Frage der Zuständigkeit dürfte sich hier zweifellos am besten im Sinne der für die Geisteskranken geltenden Bestimmungen regeln. In den vorhandenen Gesetzen ist, soweit zu übersehen, die vorläufige Internierung nur in Schweden vorgesehen, im § 5, Abs. 2 des Gesetzes. Der Badische Entwurf sieht im § 5 für dringende Fälle ebenfalls ein abgekürztes Verfahren vor und bestimmt besonders im § 8: „Die Einweisung in eine Anstalt und die in § 7 genannten Anordnungen (Vermögensverwaltung, Schutzaufsicht u. A.) sind erst zulässig, wenn der Trinker vorher gehört und trotz Verwarnung rückfällig geworden ist. Die Verwarnung kann unterbleiben, wenn ein sofortiges Eingreifen zum Schutze der Person oder des Eigentums des Trinkers oder Anderer oder der Sittlichkeit dringend geboten ist [1])". Die beschleunigte Versorgung in irgend einer, je nach derLage des Falles zu bestimmendenArt ist durchaus notwendig in Fällen von Selbstmordgefahr, verhängnisvoller Verschwendung, Mißhandlungen oder sonstiger Gemeinschädlichkeit, auch von Gefahr der Flucht. Es ist zwar dagegen eingewendet worden, daß die schnell anzubringende vorläufige Vormundschaft genüge, ja daß sie sogar in solchen Fällen zweckmäßiger sei wegen der damit verbundenen geschäftlichen Beschränkung; aber es ist zweifellos im Sinne des zu erlassenden Gesetzes besser, sowohl um den humanen Geist des Gesetzes zum Ausdrucke zu bringen als auch mit Rücksicht auf die Abneigung des Volkes gegen gerichtliche Verfahren, daß auch hier Entmündigung und Zwangsbehandlung getrennt werden. Es ist zu erwägen, ob bei der vorläufigen Versorgung nicht einfach ein Zeugnis des Amtsarztes genüge.

5. Ärztliches Gutachten.

Bei der gesetzlichen Regelung des Verfahrens bei Entmündigung wegen Trunksucht ist die Einholung eines Gutachtens, wie es bei Geisteskranken notwendig erachtet wird, nicht erwähnt; ebenso ist die Zuziehung von ärztlichen Sachverständigen dabei überhaupt nicht vorgesehen [2]). *Endemann* urteilt jedoch, daß auch zur Entmündigung wegen Trunksucht regelmäßig die Einholung eines ärztlichen Gutachtens gehören müsse [3]). Schon um den Charakter der Heilbestrebung

---

[1]) *Grein*, Nr. 61 a.

[2]) Der § 680 der Z. P. O. nimmt auf die Bestimmungen der §§ 564 bis 649, und 654 bis 656, die diese Frage bei Geisteskranken behandeln, keinen Bezug.

[3]) Nr. 43, S. 19, Anm. 24.

zu wahren, empfiehlt es sich, den zuständigen und den Gerichts- oder Amtsarzt zu hören. Vielfach wird es freilich unnötig sein, weil die Zeugenaussagen genügen; manchmal wird auch ein ärztliches Zeugnis als Resultat objektiver Feststellungen garnicht zu beschaffen sein, z. B. bei Dipsomanen. Immerhin ist es vorteilhaft, *Endemann* beizupflichten und die schon bei der Entmündigung im Allgemeinen geübte Praxis auf die Zwangsmaßnahmen gegen den Trinker in der Weise gesetzlich festzulegen, daß die Einholung eines ärztlichen Gutachtens gestattet sei, (*Nonne* [1]), schon mit Rücksicht auf die wichtige und nur der ärztlichen Kompetenz zustehende Beurteilung der Prognose (*Bratz* [2]). Bei den Gesetzen in den Schweizer Kantonen wird meist ein ärztliches Gutachten verlangt oder doch für zulässig erklärt; ebenso verlangt Schweden das Zeugnis eines „legitimierten Arztes". Auch der Badische Entwurf fordert die regelmäßige Mitwirkung des Bezirks- oder Fürsorgearztes im § 15 [3]). *Moser* meint sehr richtig, daß ein ad hoc zugezogener (Amts-)arzt mit weniger Sicherheit urteilen kann als ein „Leibarzt"; doch dieser wieder könnte vielleicht nicht immer unbefangen sein [4]). Der Amtsarzt wird sich jedoch in seinem Urteile stets auch auf die Beobachtungen des behandelnden Arztes stützen müssen. Bei Annahme des oben vorgeschlagenen Spruchkollegiums erledigt sich die Frage von selbst.

6. Freiwillige Behandlung.

Der freiwillige Eintritt in eine Anstalt oder Beitritt zu einem Enthaltsamkeitsvereine muß möglichst angestrebt werden, bevor die Zwangsmaßnahmen in Wirksamkeit treten. Wie bereits erwähnt, hat England sich im Gesetze von 1879 zunächst nur mit freiwilligen Anstaltsaufnahmen befaßt, dies aber mit allerlei das Verfahren recht erschwerenden Kautelen umgeben, da mit der Freiwilligkeit das Detentionsrecht verbunden ist. Dies Gesetz [5]) hat bei den englischen Sachverständigen auch deswegen scharfe Kritik erfahren. In den Schweizer Gesetzen sucht man vielfach den zu versorgenden Alkoholiker zur freiwilligen Übernahme der Fürsorgemaßnahmen zu bewegen. Graubünden macht es der Beschlußbehörde im Art. 7 des Gesetzes sogar

---

[1]) Nr. 98.
[2]) Nr. 24.
[3]) *Grein*, Nr. 61 a.
[4]) Nr. 94.
[5]) S. darüber *Schaefer*, Nr. 104 und die englischen Kritiken in den Proc. Soc. In.

zur Pflicht, „die fürsorgebedürftige Person nach Möglichkeit zu veranlassen, sich freiwillig den Fürsorgemaßnahmen zu unterwerfen“, selbstverständlich mit denselben Konsequenzen wie bei der Zwangsversorgung. Der Badische Entwurf will dem Trinker auf seinen Antrag oder von Amts wegen freistellen, die angedrohte Zwangsanordnung oder deren Vollzug abzuwenden durch freiwillige Verpflichtung zu einer der für notwendig gehaltenen Maßnahmen. Schweden sieht die Freiwilligkeit vor, bestimmt aber ausdrücklich im § 26, daß die Freiwilligen sich genau wie die anderen in die Dauer der Behandlung, Einschließung und Arbeitspflicht schicken müssen.

Die Verbindung von Freiwilligkeit der Aufnahme mit zwangsmäßiger Zurückhaltung, Arbeitszwang und Verpflichtung auf eine bebestimmte oder vom Urteil des Anstaltsleiters abhängige Zeit bietet zweifellos Schwierigkeiten. Sie ist aber darin begründet, daß die sich unter der Abstinenz oft schnell körperlich und geistig bessernden Alkoholiker sehr bald auf Entlassung drängen. Es erfordert dann immer ein großes Maß geistiger Arbeit, den Pflegling von der Notwendigkeit einer genügend langen Behandlung zu überzeugen, ihn zu vertrösten und auch die allzu nachgiebigen Angehörigen vor übereiltem Zugeständnis zu bewahren. Der Trinker meint dann oft, jetzt, wo er ernüchtert sei, habe er erst das rechte Urteil über sich und den Grad seiner Krankheit; was er unter dem Einflusse des Alkohols oder in einer Phase des moralischen Katzenjammers versprochen habe, sei Unsinn und übrigens rechtlich ungültig, wie jeder Arzt bestätigen werde, mindestens aber anfechtbar. Und das hat Unkundigen gegenüber einen Schein von Recht. Selbst im Entmündigungsverfahren täuscht der Trinker nach einigen Wochen der Behandlung schon durch sein geistiges Verhalten und sein Äußeres oft den Richter, worauf schon im allgemeinen Teile hingewiesen wurde. Die mangelhafte Einsicht des Trinkers bezüglich der Notwendigkeit eines langen Anstaltsaufenthaltes ist teilweise die Folge des alkoholistischen Optimismus, der ihn über den Ernst der Lage täuscht, teilweise eine notwendige Begleiterscheinung der noch nicht abgeklungenen alkoholistischen Unruhe, wenn diese nicht durch systematische Arbeit abgelenkt wird. Erst Vertiefung und volles Verständnis für seine Sucht oder seine Intoleranz, richtige Selbstkritik und völliges Aufgehen in der Idee der Enthaltsamkeit als einer ganz neuen Lebensanschauung zeigen die innere Umwandlung an, ohne die ein Heilerfolg nicht zu erwarten ist. Insofern kann man unbedenklich sagen, daß dieses Hinausdrängen nach der eingetretenen Ernüchterung ein sicheres

Zeichen dafür ist, daß der Alkoholiker noch ganz ungeeignet ist zur Entlassung [1]). Es ist auch vielfach wahr, daß der Alkoholiker sich in einem krankhaften Depressionszustande [2]) entschließt, in eine Anstalt zu gehen und alles unterschreibt, was man von ihm bezüglich der Behandlung verlangt, also in einem Zustande, der von verständiger Einsicht weit entfernt ist. Die Frage, ob eine vom Trinker eingegangene Verpflichtung rechtlich gültig ist, dürfte also unter Umständen zweifelhaft sein. Aber, auch ihre Gültigkeit zugegeben, wie will man dem Widerrufe einer freiwillig abgegebenen Erklärung begegnen, wenn nicht durch das Gesetz eine zwangsmäßige Zurückhaltung in der Anstalt auch für die Freiwilligen festgelegt wird. Würde das nicht geschehen, so ist für den Alkoholiker mit der Möglichkeit des freiwilligen Eintrittes in die Anstalt gesundheitlich und finanziell schlecht gesorgt; denn er wirft sein Geld weg für eine vorübergehende Ernüchterung, und in vielen Fällen feiern die wenig gefestigten Einsichtslosen ihre Entlassung zunächst einmal mit einer großen Libation.

Im Allgemeinen kann man nur sagen, daß wirkliche Freiwilligkeit fast nur bei Dipsomanen und anderen Intoleranten vorkommt, bei denen aber auch die Einsicht von vornherein meist größer ist als bei den eigentlichen Trinkern. Alle anderen kommen doch nur unter dem Druck der Familie, des drohenden Entmündigungsantrages, eines Ultimatums des Geschäftsteilhabers oder anderer äußerer, drängender Ursachen. Das Gefühl eines gewissen Zwanges wird also im allgemeinen auch diese Freiwilligen beherrschen, und so verwischt sich bei ihnen schon etwas im Bewußtsein der Unterschied zwischen freiwillig und zwangsmäßig. Soll der freiwillige Eintritt aber erleichtert werden, so muß diesen Alkoholikern irgend ein Zugeständnis gemacht werden, um nach außen hin den Schein zu wahren. Man hat vorgeschlagen, daß die freiwillig Eintretenden sich die Anstalt selbst wählen können, während bei der Zwangsfürsorge bestimmte Anstalten für jeden Bezirk vorgesehen werden, und es wird zweifellos den freiwilligen Eintritt erleichtern, wenn der Alkoholiker auf längere Zeit in eine fern gelegene Anstalt verschwinden kann gegenüber der unangenehmen Tatsache, daß er von Amts wegen in eine bekannte Trinkerheilanstalt seiner Heimat versetzt wird. Da die Organisation der Anstalten eine sehr straffe sein muß, und für alle Insassen die drei Grundsätze der

---

[1]) Ausnahmen kommen selbstverständlich vor; aber dann tritt auch die Umwandlung der ganzen Person dem Kundigen klar vor die Augen.

[2]) Dem Analogon zum greinenden Elend der Berauschten.

Behandlung: Enthaltsamkeit, Arbeit und psychologische Beeinflussung unerläßlich sind, so können Freiwilligen in Anstaltsbetrieben selbst gegenüber den anderen Pfleglingen in dieser Hinsicht gar keine Konzessionen gemacht werden. Man hat zwar vorgeschlagen, die Freiwilligen vom Arbeitszwange zu befreien, aber dieser Vorschlag ist gefährlich und aufs aller Entschiedenste abzulehnen; denn systematische Beschäftigung ist mit das wichtigste Heilmittel für Alkoholiker. Wohlhabende Trinker werden sich vielleicht auch durch die Aussicht, eine Privatanstalt, die ihnen mehr Behaglichkeit der Unterkunft und ihrem Stande entsprechende Geselligkeit bietet, wählen zu können, zum freiwilligen Eintritt bewegen lassen. Schließlich kann man den Freiwilligen auch noch eine außerhalb der Fürsorgemaßnahmen liegende Konzession machen, nämlich den Fortfall jeder privatrechtlichen Beschränkung bei der Internierung, worüber noch zu reden sein wird.

Unter diesen Umständen dürfte es gelingen, auch dann freiwilligen Eintritt in die Trinkeranstalt zu erreichen, wenn damit die zwangsmäßige Zurückhaltung bis zu der von dem Anstaltsleiter für notwendig gehaltenen und gesetzlich gestatteten Dauer verbunden ist. Im Falle der Entweichung oder starker Verstöße gegen die Anstaltsordnung müßte dann selbstverständlich ohne Weiteres die zwangsmäßige Fürsorge auf Antrag des Anstaltsvorstandes in Kraft treten. Bei der Erklärung zum freiwilligen Eintritt muß natürlich jedesmal die Geschäftsfähigkeit des Alkoholikers festgestellt werden.

7. Privatrechtliche Beschränkung. Pfleger. Beschützer.

Von manchen Seiten ist vorgeschlagen worden, dem in eine Anstalt versetzten Alkoholiker die elterliche Gewalt zu entziehen, so von *Kappelmann* und dem österreichischen Entwurf (§ 20). Einzelne Gesetze und Gesetzentwürfe gehen sogar noch darüber hinaus und bevormunden den Trinker für die Dauer der Anstaltsbehandlung, wie St. Gallen (Art. 9) und Basel-Stadt (§ 16), wogegen der österreichische Entwurf das „Kuratell" nur für solche Anstaltspfleglinge vorsieht, die Vermögen besitzen. Dagegen bestimmen andere Gesetze ausdrücklich, daß die persönliche Handlungsfähigkeit nur soweit beschränkt wird, wie es der Zweck der Versorgung erheischt, z. B. Thurgau. Nach unseren früheren Darlegungen muß von einer Verknüpfung der Entmündigung mit der Anstaltsbehandlung auch in der Weise, wie St.

Gallen und Basel-Stadt wollen, abgesehen werden. Entmündigte gehören unter Umständen zur Behandlung oder Verwahrung in eine Anstalt; aber ein internierter Trinker bedarf an sich nicht der Entmündigung, weil er in die Anstalt verbracht ist. Stellt sich jedoch bei einem in einer Heilanstalt untergebrachten Alkoholiker heraus, daß das Entmündigungsverfahren eingeleitet werden muß, so wird das als selbständige Maßnahme ohne Beziehung zur Anstaltsversorgung laufen.

Dagegen ist allerdings die Entziehung der elterlichen Gewalt für die Zeitdauer der Internierung zu erwägen; denn bei zwangsweise in eine Anstalt versetzten Alkoholikern kann die Gefahr vorliegen, daß sie über die Kinder im Groll und in Verkennung des Heilzweckes der getroffenen Maßnahme unzweckmäßige oder gar schädigende Verfügungen treffen, und der Schutz der Kinder muß ganz besonders im Auge behalten werden. Es wird sich hier aber von Fall zu Fall ergeben, ob eine Notwendigkeit zu dieser Beschränkung vorliegt, und daher dürfte es genügen, wenn die Entziehung der elterlichen Gewalt nicht grundsätzlich angeordnet wird, sondern die beschließende Behörde das Recht erhält, sie beim Vormundschaftsgerichte für die Zeit der Internierung zu beantragen.

Diese Vorschrift muß bei freiwillig Eingetretenen wegfallen und kann es grundsätzlich ohne Bedenken, da einerseits immer bei diesen Freiwilligen doch so viel Einsicht vorausgesetzt werden kann, daß sie die elterliche Gewalt nicht mißbrauchen, andererseits eben bei der Zwangsinternierung die Beschränkung auch nur für schwerere Fälle in Anwendung kommt, sie also bei freiwilliger Aufnahme unlogisch wäre. Daß sie nicht für die ganze Zeit der Anstaltsbehandlung ohne Weiteres gelten soll, ist eine notwendige Konsequenz der Besserung des Trinkers während der Behandlung; zudem ist in der Aufhebung dieser Beschränkung ein Mittel gegeben, dem Pflegling ein Zugeständnis zu machen, ihm Vertrauen zu zeigen und sein richtiges Verhältnis in dem vielleicht schwer gestörten Familienleben anzubahnen. Solche Mittel sind wichtig für die Erleichterung des Übertrittes der Pfleglinge in das freie Leben und auch vom Standpunkte der Behandlung nicht zu unterschätzen.

Da die Pfleglinge in ihrer Bewegungsfreiheit durch die Internierung beschränkt sind, so wird man vielfach genötigt sein, ihnen zu empfehlen, daß sie in die Einsetzung einer Pflegschaft willigen (s. *Kappelmann*). Graubünden hat im Art. 12 seines Fürsorgegesetzes das Amt eines kantonalen Fürsorgers geschaffen; dieser „überwacht

das gesamte .... Fürsorgewesen des Kantons und hat in dieser Eigenschaft selbständig das Interesse der Allgemeinheit und der Fürsorgebedürftigen zu wahren.... In besonderen Fällen hat er auch für Fürsorgebedürftige passende Arbeitsgelegenheit zu vermitteln [1]". Diese Einrichtung ist außerordentlich zweckmäßig, es liegt aber in der Natur dieses Amtes, daß der Fürsorger nicht den einzelnen Pflegling betreuen kann wie ein Pfleger nach § 1910 BGB. Dagegen sieht Art. 8 des Graubündener Gesetzes statt der Versetzung in die Anstalt oder auch neben dieser die Ernennung eines Beschützers vor, der zwar vornehmlich gedacht ist im Sinne einer Schutzaufsicht, doch auch die sonstigen Interessen des Pfleglings wahrzunehmen verpflichtet werden könnte.

Ausführlich beschäftigt sich mit der Frage der Geschäftsbeschränkung das Gesetz von Neu-Süd-Wales im Art. V, 1 und 2. Hiernach kann das Gericht, wenn es ihm zur Genüge erwiesen ist, daß ein unter das Gesetz fallender Trinker unfähig ist, seine Angelegenheiten zu besorgen, Anweisung geben, daß sein Vermögen und Einkommen zur Abtragung seiner Schulden und zu seinem und seiner Familie Unterhalt und Nutzen verwendet werde. Es kann dafür in jeder Hinsicht Anordnung getroffen werden, wie wenn der Trinker im Sinne des geltenden Irrengesetzes geisteskrank wäre. Ist es notwendig, so kann mit oder ohne Bürgschaft eine Person zur Verwaltung des Vermögens unter Aufsicht des Gerichtes bestimmt werden, die dieselben Rechte und Pflichten haben soll, wie der Kurator eines Geisteskranken. Es handelt sich hier also tatsächlich um eine Bevormundung, aber ohne förmliches Verfahren auf einfachen Beschluß der die Anstaltsbehandlung anordnenden Behörde mit der Tendenz des Schutzes des Pfleglings selbst, seiner Familie und seiner Gläubiger.

Aus allen diesen gesetzlich festgelegten oder vorgeschlagenen Maßnahmen spricht ein Bedürfnis nach geschäftlicher Beschränkung des internierten Alkoholikers, aber auch die Sorge für sein Wohl und um seinen Schutz. Was die Beschränkung anlangt, so wird bei uns die

---

[1]) Dem kantonalen Fürsorger entspricht etwa der englische „Government Inspektor of Retreats", der mit der Überwachung des ganzen Fürsorgewesens betraut ist und nur dem Ministerium untersteht. Ihm ist alles sofort zu melden, was mit dem Kranken in der Anstalt vorgeht, und jedem Pflegling muß Gelegenheit gegeben werden, ihm Klagen vorzutragen. Bei seinen Besuchen in den Anstalten trägt er seine Bemerkungen in ein besonderes Buch ein, und Abschrift davon ist binnen 36 Stunden dem Staatssekretär zuzusenden.

Einsetzung einer Pflegschaft genügen, wo sie nötig ist, als einer einfachen und harmlosen Maßnahme, da sie ja nur mit Zustimmung des Pfleglings getroffen werden kann, während für schwerere Fälle immer die Entmündigung nach § 6 Abs. 3 BGB. in Verbindung mit der Einsetzung einer vorläufigen Vormundschaft zur Hand ist. Sehr zu erwägen ist, ob sich die Schaffung eines Amtes empfehle, die den kantonalen Fürsorger in Graubünden oder dem Inspektor of Retreats in England entspräche; gerade für die ganz besondere Eigenart der Maßnahmen zur Heilung von Trunksüchtigen wird die Schaffung eines besonderen Amtes, dessen Träger über ganz besondere Spezialkenntnis der Frage verfügt, sehr zu empfehlen sein.

8. Entlassung.

Man hat bei den Gesetzen des Auslandes und bei den vorliegenden Entwürfen ganz allgemein der Zwangsbehandlung eine gesetzliche zeitliche Begrenzung gegeben. An und für sich ist es ja, vom ärztlichen Standpunkte angesehen, ein Unding, die Zeit zur Heilung eines Leidens gewissermaßen bureaukratisch begrenzen zu wollen; aber zur Beruhigung des Volkes bei einer so einschneidenden Maßnahme glauben die Gesetzgeber nicht darum hinkommen zu können. Die Mindestdauer schwankt bei den vorhandenen Gesetzen zwischen 6 und 12 Monaten, die Höchstdauer zwischen 1 Jahre (Neu-Süd-Wales) und 3 Jahren (Basel-Stadt). Auch der Entwurf zum neuen Deutschen Strafgesetzbuche schließt sich diesem Verfahren an, indem er die Unterbringung auf 2 Jahre beschränkt (§ 46), eine Bestimmung, die gegenüber verbrecherischen Alkoholikern sehr anfechtbar ist [1]).

Eine Zwangsbehandlung, wie sie hier gesetzlich eingeführt werden soll, ist ein Novum [2]), und vielfach befinden sich diejenigen Kreise, die es unmittelbar oder mittelbar angeht, in gänzlicher Unkenntnis über die Zeitdauer, die eine Erfolg versprechende Behandlung bei Alkoholikern erfordert. Es ist deshalb nützlich und sogar notwendig, daß im Gesetze zum Ausdruck gebracht wird, daß eine nicht zu kurze Zeit für die Behandlung nötig ist. Andererseits wird allerdings zur Beruhigung des Volksgemütes die Festsetzung einer Höchstdauer zugegeben werden müssen, doch mit der Einschränkung, daß bei Rückfällen darüber hinaus gegangen werden kann, und daß bei Un-

---

[1]) Vgl. dazu *Aschaffenburg* (Nr. 3).

[2]) Die amtliche Versetzung von Geisteskranken in die Anstalt geschieht nur bei Gemeingefährlichkeit, also im öffentlichen Interesse.

heilbarkeit dauernde Versorgung eintreten muß. Die allgemeine ärztliche Erfahrung hat nun auch eine gewisse Durchschnittszeit als Mindestdauer ergeben, wir können sie auf 9 Monate ansetzen; andererseits dürfte sich in $1\frac{1}{2}$ Jahren zur Genüge herausgestellt haben, ob der Alkoholiker als vollständig gefestigt oder als gebessert oder als unheilbar zu betrachten ist, und die entsprechenden Maßnahmen danach zu treffen sein. Es stehen somit keine Bedenken entgegen, in dem zu erlassenden Gesetze sich dem Wortlaute von St. Gallen anzuschließen und zu bestimmen: die Dauer der Unterbringung beträgt in der Regel 9 bis 18 Monate, bei Rückfällen entsprechend mehr. Bei dieser Formulierung ergibt sich das Recht des Anstaltsleiters auf frühere Entlassung bei günstig liegenden Fällen und auf Verlängerung der Behandlung bei ungünstigen von selbst.

9. Sonstige Sicherungsmaßnahmen.

Wenngleich das Gesetz in erster Linie die zwangsmäßige Anstaltsbehandlung festlegen soll, so ist doch nicht zu übersehen, daß in seinem Rahmen auch andere Fürsorgemaßnahmen berücksichtigt werden können und müssen.

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, daß die zwangsmäßige Verbringung in die Anstalt durch freiwilligen Eintritt vermieden werden kann. In dieser Beziehung interessiert, daß das Graubündener Gesetz im Art. 7 bestimmt: „Die Vormundschaftsbehörde (nämlich als beschließende Instanz bei der Trinkerversorgung) wird die fürsorgebedürftige Person nach Möglichkeit dazu veranlassen, sich freiwillig den Fürsorgemaßnahmen zu unterwerfen.“ Diese Maßnahmen zählt der Artikel 8 auf wie folgt:

1. Ansetzung einer Besserungsfrist,
2. Verfügung des Eintritts in einen Abstinentenverein,
3. Erteilung der Weisung, sich geistiger Getränke zu enthalten oder sich an einem bestimmten Orte oder bei einem bestimmten Arbeitgeber aufzuhalten,
4. Ernennung eines Beschützers,
5. Versetzung in eine geeignete Anstalt.

Solche Maßnahmen können einzeln oder in Verbindung miteinander getroffen werden. In ähnlicher Weise will der badische Antrag es dem Trinker auf seinen Antrag oder von Amts wegen freistellen, sich den verschiedenen Maßnahmen einzeln oder nebeneinander zu unterziehen. Aargau sagt nur allgemein, daß von der Versorgung abgesehen werden kann, wenn auf andere Weise Gewähr dafür ge-

boten wird, daß der Trunksüchtige sich in Zukunft des Alkohols enthält, während Freiburg Verpflichtung zur Enthaltsamkeit und Schutzaufsicht fordert zur Vermeidung der Anstalt. Der Grundsatz von Waadt, Aufschub der Versorgung zu gestatten, wenn der Trinker sich verpflichte, für eine Dauer von 6 Monaten und in einem bestimmten Umkreise solche Gebäude nicht zu besuchen, die zum Einzelverkauf von alkoholischen Getränken bestimmt sind, ist begreiflicherweise gänzlich verfehlt.

Als brauchbare Sicherungsmaßnahmen außer der Anstaltsversorgung werden im allgemeinen nur der Eintritt in einen Enthaltsamkeitsverein und die Stellung eines Beschützers, also eine Schutzaufsicht in dieser oder jener Form anzusehen sein. Die Schutzaufsicht durch Enthaltsamkeitsvereine ist auch bereits im Entwurfe zum neuen Strafgesetzbuche für kriminelle Trinker da vorgesehen, wo sie an Stelle der Anstaltsbehandlung genügt (§ 44). Eine andere Schutzaufsicht ist übrigens nicht denkbar; denn nur ein Enthaltsamer wird nach allgemeiner Erfahrung mit der nötigen Folgerichtigkeit durch Beispiel und ständige Beeinflussung den Gefährdeten vom Alkohol abhalten. Es ist durchaus nötig, daß eine Bestimmung über Schutzaufsicht in das Trinkerfürsorgegesetz aufgenommen wird; aber es wird auch nötig sein, diese Schutzaufsicht näher zu umschreiben und nicht einfach, wie es in der Denkschrift zum Entwurfe für das neue Strafgesetz heißt, Enthaltsamkeitsvereine oder andere Einrichtungen der freien Liebestätigkeit als dazu geeignet zu bezeichnen. Auch wird es zweckmäßig sein, nicht einen Enthaltsamkeitsverein als solchen, sondern ein bestimmtes Mitglied mit der Schutzaufsicht zu betrauen oder eine sonstige in alkoholgegnerischen Bestrebungen arbeitende, vertrauenswürdige Persönlichkeit dazu heranzuziehen und eidlich zu verpflichten. Bei einem Rückfall unter Schutzaufsicht muß dann freilich sofort Anstaltsbehandlung eintreten, weil sonst unnütze Zeit verschwendet und die Aussicht auf Heilung verschlechtert wird.

Sehr wesentlich ist auch eine gesetzliche Bestimmung, daß bei der Entlassung aus der Anstalt ebenfalls noch Schutzaufsicht angeordnet werden kann auf Antrag des Anstaltsleiters, wenn dieser es pflichtgemäß für nötig hält. Wie allgemein anerkannt wird, ist der Anschluß an einen Enthaltsamkeitsverein auch für den Einsichtigen und für den gegen die Verführung widerstandsfähig gewordenen Pflegling nach der Entlassung aus der Anstalt eine sehr wünschenswerte und oft dringend notwendige Maßnahme, und das Urteil darüber

wird naturgemäß dem Anstaltsleiter zustehen. Sein Bestreben wird sich, wie es jetzt schon die allgemeine Praxis ist, darauf richten, den Pflegling zum freiwilligen Beitritt zu einem Enthaltsamkeitsverein zu bewegen und die rege Verbindung, die die Anstalten mit den Trinkerfürsorgestellen und den Abstinenzvereinigungen halten und halten müssen, wird die Wege zur Erreichung dieses Zieles weisen. Ist der freiwillige Eintritt nicht zu erreichen, so muß dann der gesetzliche Zwang der Schutzaufsicht in Kraft treten.

10. Organisation und Beaufsichtigung der Anstalten.

Bei aller Verschiedenheit der Anlage und der administrativen Einrichtung der Anstalten wird die Einheitlichkeit gewisser Grundsätze gesetzlich gewahrt werden müssen, wie sie ja schon jetzt bei den Anstalten besteht und sich durchaus bewährt hat. Diese Grundzüge sind: strengste Durchführung der Enthaltung vom Alkohol in jeder Form und Konzentration mit enthaltsamem Leiter und ebensolchem Pflegepersonal, systematische Arbeit und Erziehung zur Lebensanschauung der gänzlichen Enthaltung von geistigen Getränken. Wir gebrauchen ausdrücklich den Ausdruck Lebensanschauung, weil es sich tatsächlich bei der Heilung des dem Alkohol Verfallenen nicht mehr darum handeln kann, daß er die geistigen Getränke meide, weil er durch sie krank geworden ist, sondern um eine Loslösung der Persönlichkeit von alteingewurzelten Anschauungen. Wie oft werden die ärztlichen Gebote, insbesondere, wenn sie sich auf diätetische und allgemein hygienische Maßnahmen beziehen, aus Hang am Alten und aus Bequemlichkeit übertreten; und nun die überall lauernde Verführung der Trinksitten, die als natürlich, historisch begründet, ja als eine wichtige und unabänderliche Kulturerscheinung gelten. Der Kampf um den Menschen beim Alkoholiker wird nicht mit Rezeptverschreiben, mit Wasserbehandlung usw. im wesentlichen geführt, sondern mit der eigenen, felsenfesten Überzeugung von der Entbehrlichkeit des geistigen Getränkes für menschliches Wohlergehen und menschliches Wirken und ihrer starken suggestiven Kraft. Nur der wird dem Alkoholismus entrissen, der ein überzeugter Feind der Trinksitten wird, hat einer der Vorkämpfer der Enthaltsamkeitsbewegung gesagt, und für den weitaus größten Teil der Trinker trifft das sicherlich zu.

Auf der Grundlage der drei genannten unerläßlichen Forderungen wird die Landesgesetzgebung, der die Organisation des Trinkerfür-

sorgewesens in den Einzelstaaten zugewiesen werden wird, ihre Bestimmungen zu treffen haben. Daß die Oberleitung ein mit der Alkoholfrage genau vertrauter Arzt haben muß, bedarf keiner Erörterung. Doch dürfte es genügen, wenn kleinere Anstalten, und um solche wird es sich vielfach handeln, wie jetzt schon von einem „Hausvater“ oder wie man den Laienvorsteher nennen will, geführt werden, wenn nur ärztliche Oberaufsicht und Autorität gewahrt bleiben. Kleinere Anstalten bieten die beste Gewähr für strenges Individualisieren, für gute Aufsicht und Kontrolle, und sie werden sich voraussichtlich auch als Gründungen von gemeinnützigen Vereinigungen oder Privaten bei weiterer Entwicklung der Trinkerfürsorge mit der Zeit noch mehr einstellen. Für solche Anstalten ist der Gedanke des Anschlusses an eine größere Anstalt gewissermaßen in der Form einer Personalunion für die ärztliche Oberleitung erwägenswert, wenn nicht zu geringe räumliche Trennung, und wenn gesonderte Verwaltung besteht. Ob die Abtrennung einer besonderen Abteilung von einer Irrenanstalt zu empfehlen ist zur Einrichtung einer Trinkerheilstätte, möchte zu bezweifeln sein. *Forel*[1]) will als Trinkerheilstätten nur gemeinnützige Anstalten zugelassen wissen und verwirft sowohl die öffentlichen als auch die privaten. Indessen haben sich die Gründe, die er dafür angibt, durch die Erfahrung nicht in dem Umfange bestätigt, wie von ihm befürchtet wurde. Es kommt bei den Anstalten einzig und allein darauf an, in welchem Geiste sie geführt werden, ob sich die Erfassung des allein notwendigen und allein Erfolg versprechenden bis ins kleinste des Anstaltslebens durchsetzen kann. Es wird somit kein Bedenken bestehen, auch Privatanstalten zu konzessionieren, wenn die allgemeinen Richtlinien für den Betrieb gleichmäßig für alle Anstalten festgelegt werden, wie es im Auslande schon verschiedentlich in Gesetzen ausgesprochen ist. Bei Privatanstalten muß aber besonders darauf gesehen werden, daß ihnen der Charakter als einer Alkoholentziehungsanstalt, oder wie sie sich nennen wollen, streng gewahrt bleibt; eine Ausdehnung der Anstalt auf Nervöse usw., wodurch sie einem gewöhnlichen Sanatorium gleichgestellt werden würde, muß unter allen Umständen unterbunden werden. Höchstens können Morphinisten, Kokainisten

---

[1]) *Forel* selbst, der auch keine Standesunterschiede bei der Behandlung der Alkoholiker in Anstalten gelten lassen wollte, weil der Alkohol doch alles nivelliere, hat später zu einem Komitee gehört für eine Anstalt, die gemeinnützig gedacht, für Gebildete beiderlei Geschlechtes war (Schloß Hart).

und andere Süchtige[1]) gleichzeitig mitbehandelt werden, und sie sind in einer solchen Anstalt am besten aufgehoben. Dabei interessiert der Art. 16 des Trunksuchtgesetzes von Neusüdwales, der die Zwangsbehandlung auf alle Süchtigen ausdehnt. Es heißt da: „Im Sinne dieses Gesetzes heißt Trinker eine Person, die gewohnheitsmäßig geistige Getränke oder berauschende oder betäubende Arzneistoffe im Übermaß genießt."

Öffentliche Anstalten werden voraussichtlich mit der Zeit schon deswegen entstehen, weil die Sorge für zu behandelnde Trinker im Unvermögensfalle den Armenverbänden zufallen wird, und diese durch eigene Anstalten wie bei Geisteskranken, Krüppeln usw. billiger und zweckmäßiger für ihre Pflegebefohlenen sorgen können.

Viel diskutiert ist die Frage der Trennung der Trinker nach der Schwere der Erkrankung, nach Unbescholtenheit oder Kriminalität. Die erste Frage geht einfach dahin, ob man heilbare und unverbesserliche Alkoholiker in einer und derselben Anstalt internieren soll oder nicht. Aus der Erfahrung der bisher arbeitenden Anstalten hat man allgemein die Ansicht gewonnen, daß beide zu trennen sind. Namentlich die Berichte aus Schweizer Anstalten haben immer die Schwierigkeiten betont, die sich aus dem Zusammenlegen von unheilbaren mit heilbaren Trinkern ergeben[2]). Alkoholiker, die trotz längerer Behandlung immer wieder rückfällig werden, oder solche, bei denen eine starke ethische Entartung eine Hoffnung auf Besserung überhaupt nicht aufkommen läßt, und schwachsinnige Trinker können unbedenklich den Irrenanstalten übergeben werden (*Bleuler*), solange für sie keine besonderen Asyle bestehen. Ob solche sich als notwendig erweisen, wird erst die Zeit lehren; doch dürfte es nötig sein, im Gesetze auf ihre Bestimmung hinzuweisen. Auch Arbeitsanstalten kommen für diese Unheilbaren in Frage, sofern nicht ausgesprochener Schwachsinn vorliegt. Tatsächlich finden wir heute die Mehrzahl dieser Entarteten schon in Irrenanstalten, Arbeitshäusern, Kolonien und Armenhäusern. Im Rheinland haben wir die einzige Anstalt, die eigens dazu eingerichtet ist, neben Arbeitsscheuen auch (entmündigte) Trinker aufzunehmen, in Brauweiler (Abteilung für entmündigte Trinker und Arbeitsscheue bei der Provinzialarbeitsanstalt zu Brauweiler).

---

[1]) Man hat beobachtet: Heroin, Dionin, Opium, Chloroform, Paraldehyd, Äther, sogar Ichthyol.

[2]) S. darüber *Tilkowsky* (Nr. 120) S. 13. Ferner *Forel*, Legrain.

Im Auslande ist in einzelnen Gesetzen ausdrücklich vorgesehen, daß Widerspenstige, Entwichene und von vornherein Aussichtslose in ein Arbeitshaus verbracht werden sollen (z. B. Freiburg), oder daß „unverbesserliche Trinker“ in einer Pflege- oder Versorgungsanstalt unterzubringen sind (Züricher Entwurf). Bei den Versorgungsanstalten ist an Irrenpflege- oder Armenversorgungsanstalten gedacht. Arbeitsfähige Trinker, die immer wieder rückfällig werden, dürften zweckmäßiger in geschlossenen Arbeitshäusern, die selbstverständlich alkoholfrei zu führen sind, untergebracht werden. Der badische Entwurf spricht, wie bereits früher erwähnt, von Heil-, Arbeits- und Bewahranstalten und setzt für die Bewahranstalt fest, daß die Einweisung ohne Fristbestimmung geschieht, daß aber die Einweisung nicht erfolgen darf, bevor der Trinker in einer Heil- oder Arbeitsanstalt erfolglos behandelt worden ist. Die Versorgung der kriminell gewordenen Trinker wird offenbar, sobald wir das neue Strafgesetzbuch erhalten haben, akut werden; ihre Regelung wird sich einheitlich kaum ermöglichen lassen. Es wird beispielsweise nicht angehen, einen gutwilligen Menschen, der infolge eines pathologischen Rausches gesetzwidrig gehandelt hat, ebenso zu versorgen wie einen entarteten, rückfälligen Alkoholiker. Das Strafgesetz kennt im Entwurfe nur die Trinkerheilanstalt; diese Einseitigkeit, die auf den bisher noch ganz ungeklärten Verhältnissen der Trinkerbehandlungsfrage beruht, wird für später, sofern sie im Gesetze bestehen bleibt, notwendigerweise dahin ergänzt werden müssen, daß der Leiter der Trinkerheilanstalt die Versetzung des für die Anstalt ungeeigneten Trinkers in eine Pflegeanstalt („Trinkerasyl“, Irrenanstalt, Arbeitsanstalt) in beschleunigtem Verfahren veranlassen kann. Ein großer Teil der kriminellen Alkoholiker und der immer wieder rückfälligen wird sich übrigens bei genauer Exploration als geisteskrank erweisen und somit von vornherein seine Versetzung in eine Irrenanstalt gemäß § 43 des Entwurfes zum neuen Strafgesetze ermöglichen.

11. Trinkerfürsorgestellen.

Die seit etwa 15 Jahren, namentlich auf Betreiben des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus, eingerichteten Trinkerfürsorgestellen haben sich in jeder Weise bewährt. Das wird am besten dadurch bezeugt, daß diese einzige deutscher Initiative entsprungene Einrichtung auf dem Gebiete der Trinkerbehandlung in einem Lande, das uns im übrigen darin so viel voraus ist, wie die Schweiz, Nachahmung gefunden hat. Ihren Ausgang hat die Einrichtung von Für-

sorgestellen nach Anläufen in Herford, Harburg und Breslau von Bielefeld genommen. Die Trinkerfürsorgestelle ist hier immer unter behördlicher Leitung gewesen und mit der Errichtung des städtischen Wohlfahrtsamtes diesem eingefügt worden. Es ist nötig, daß die Einrichtung in den Rahmen des Gesetzes eingefügt wird, etwa in der Form, wie sie sich in Bielefeld nach Organisation und Wirksamkeit schnell das Vertrauen weitester Kreise erworben hat. Als eine Abteilung des Wohlfahrtsamtes ist der Trinkerfürsorgestelle alles Polizeiliche, Denunziantenhafte oder sonst Odiöse genommen. Die Trinkerfürsorgestellen sollen Beratungsstellen sein für Alkoholiker und deren Angehörige, sie sollen wie die Fürsorgestellen für Lungenkranke die Hilfsbedürftigen aufsuchen und in reger Verbindung mit der Enthaltsamkeitsbewegung arbeiten als „Zentralstellen, in denen für einen bestimmten Wirkungskreis alle Fäden der Alkoholikerfürsorge zusammenlaufen" (*De Benoit*). Die Ansichten darüber, ob private oder amtliche Fürsorge vorzuziehen ist, sind noch geteilt; die Schweiz bevorzugt private. Nach Einrichtung der Wohlfahrtsämter fügen sie sich aber von selbst in diese ein, und es dürfte das für ihre Wirksamkeit und zur Gewinnung des Vertrauens im Volke die beste Lösung sein.

In ein zukünftiges Trinkerfürsorgegesetz müßte sonach eine Bestimmung aufgenommen werden, daß in jedem Wohlfahrtsamte eine Abteilung für Trinkerfürsorge eingerichtet werde; daß dieser das Antragsrecht zur Verbringung in eine Anstalt zustehen solle, ist bereits von uns im dritten Abschnitte gefordert worden.

12. Kostenfrage.

Die Trinkerfürsorgestellen werden als Teile der städtischen oder ländlichen Wohlfahrtsämter aus kommunalen Mitteln erhalten werden müssen, und das wird sich ohne erhebliche Kosten ermöglichen. Was die Anstalten betrifft, so erhalten sich die jetzt arbeitenden aus Kollekten und Vereinsbeiträgen, wobei die Pensionsgelder einen geringen Beitrag zu den Betriebskosten liefern. Die Provinz Brandenburg verwaltet die Trinkerheilstätte Waldfrieden bei Fürstenwalde, die aber nicht mehr reine Trinkerheilstätte ist; die rheinische Provinzialanstalt für entmündigte Trinker und Arbeitsscheue zu Brauweiler wurde bereits erwähnt. Außerdem bestehen einige Privatanstalten für Alkoholiker, die aber in den letzten Jahren alle den Charakter reiner Trinkerheilanstalten verloren haben und jetzt als allgemeine

Sanatorien zu betrachten sind. Amerika hat staatliche und private, aber staatlich unterstützte Anstalten, ebenso England. Die Schweizer Anstalten sind zum Teil gemeinnützige, durch den Verein für innere Mission, den Katholischen Volksverein, den Trinkerrettungsverein vom Blauen Kreuz oder auch durch eigens zu ihrem Zweck gegründete Vereine errichtete und unterhaltene Anstalten, zum Teil private. Sehr interessant ist das Unternehmen der Schweizer Heeresverwaltung, für die alkoholkranken Eingezogenen während des mobilen Zustandes der Armee eine Heilanstalt zu schaffen, und zwar als militärisches Détachement. Dieses „Détachement Walten“ wurde unter abstinentem Kommando als unentgeltliche, militärisch geführte Abstinenzkolonie eingerichtet, zu der die an Alkoholismus leidenden Heeresangehörigen dienstlich abkommandiert wurden; die Heilstätte ist jetzt von einer Gesellschaft, genannt „Heilstätte für alkoholkranke Wehrmänner“, übernommen worden und wird auf dem sog. Götschihofe im Äugstertale am Albis geführt.

Wenn ein Trinkerfürsorgegesetz zustande kommt, werden die vorhandenen Trinkerheilanstalten in Deutschland, von denen im Kriege eine große Zahl eingegangen ist, mit der Zeit nicht ausreichen; aber es wird noch eine geraume Zeit vergehen, bis sich die Notwendigkeit herausstellt, neue zu errichten. Die Kostenfrage wird dabei in der heutigen Zeit und auch in der nächsten Zukunft eine ganz besonders schwerwiegende Rolle spielen. Zweifellos wird es ganz im Sinne der beabsichtigten Trunksuchtsbekämpfung liegen, wenn die aus dem Spiritusmonopol dafür bereitgestellten Mittel zum großen Teile den Anstalten zugute kommen. Bezüglich des in ähnlicher Weise in der Schweiz zur Verfügung gestellten sog. Alkoholzehntels sagt *Lang*[1]): „Die Kantone sind gehalten, diejenige Verwendungsart für das Alkoholzehntel zu suchen, die im Kampfe gegen die Trunksucht den größten sicheren Erfolg verspricht.“ Die Bundesregierung hat für die Verwendung des Alkoholzehntels dreizehn Kategorien aufgestellt, und die erste Kategorie lautet: „Trinkerheilstätten und Versorgung in solchen“. Es ist dringend zu wünschen, daß bei der Verteilung der für die Bekämpfung der Trunksucht bereitgestellten Mittel auch in Deutschland die Trinkerfürsorgebestrebung in die erste Reihe gestellt wird; das kann aber nur dann ermöglicht werden, wenn ganz andere Bestrebungen, wie die

---

[1]) *Otto Lang*, Alkoholmonopol und Alkoholzehntel. Zürich 1894. Zitiert bei *Moser* Nr. 94, S. 66.

Bekämpfung der Lungenkrankheiten und Syphilis, nicht aus denselben Geldern unterstützt werden, und die der Trunksuchtbekämpfung wirklich zugewandten Summen nicht an alle möglichen Vereinchen verzettelt werden, die nichts weiter bedeuten als kleine Sammelstellen abstinenter Berufsgenossen.

Die „Intoxicating Drink Inquiry Commission" von Neusüdwales führt in einem Berichte aus, daß die Ausgaben des Staates für Anlage und Betrieb von Trinkerheilstätten zwar groß seien, daß sie aber doch in Wahrheit eine Ersparnis (true economy) darstellen (*Kerr*). Durch Trinkerheilung besteht berechtigte Aussicht, Irren- und sonstige Krankenanstalten, ebenso Armenhäuser und Gefängnisse in einem gewissen Grade zu entlasten[1]). Der Landesausschuß von Nieder-Österreich faßte Anfang der 90er Jahre die Errichtung einer Trinkerheilanstalt ins Auge von dem Gesichtspunkte aus, daß etwa alle 10 Jahre eine neue Irrenanstalt gebaut werden müsse, und eine Trinkeranstalt nicht nur die Irrenanstalt entlaste, sondern, da etwa 25% der Geisteskranken durch den Alkohol in die Anstalt kämen, auch prophylaktisch wertvoll sei (*Gerényi*). Die Errichtung einer Trinkerheilanstalt ist also, wenn man auch nur eine Durchschnittszahl von einem Drittel Heilungen annimmt, ein auch finanziell nicht unbeachtliches Unternehmen für den Staat (Einschränkung der Kriminalität, der Verarmung, der Krankheiten und Unfälle und Vermehrung der Steuerkraft der Bevölkerung). Daß es außerdem eine sittliche Pflicht des Staates ist, für die Heilung der Alkoholiker ebenso zu sorgen wie für Geisteskranke und Epileptiker, oder sie, wenn unheilbar, zu verwahren wie Krüppel und Blöde, wird nicht bezweifelt werden können; und tatsächlich tut es der Staat jetzt schon, wenn auch in unzweckmäßiger Weise, nämlich in anderen Anstalten. Die Trinkerfürsorge muß sich daher in die Ausführungsgesetze zum Reichsgesetze über den Unterstützungswohnsitz einfügen; daß auch Land- und Stadtkreise eigene Anstalten errichten können, ergäbe sich dann für Preußen z. B. aus dem § 31, d des Abänderungsgesetzes vom 11. 7. 91 zum genannten Ausführungsgesetze. Was die Aufbringung der Pflegekosten betrifft, so erledigt sich diese bei zahlungsfähigen Trinkern von selbst. Bei den mittellosen Trinkern würden sich die Pflegekosten nach § 29 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz regeln, wenn Trunksucht als Krankheit im Sinne dieses Gesetzes anerkannt wird, was im Texte des zu erlassenden

---

[1]) S. darüber bes. *Endemann* (43).

Trinkerfürsorgesetzes zum Ausdruck kommen muß. Tatsächlich ist diese Anerkennung der Trunksucht als eines zu behandelnden Leidens ja schon in § 120 der RVO. ausgesprochen: „Die Sachleistung kann auch durch Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt . . . gewährt werden." Zur Deckung der Pflegekosten wird auch der Ertrag der Arbeit der Versorgten heranzuziehen sein, wie es z. B. in Brauweiler tatsächlich geschieht. Der badische Entwurf sagt in § 3: „Die Arbeitsanstalt ist als eine Anstalt gedacht, die sich mit gewerblichen Unternehmungen selbst erhält. Die eingewiesenen Trinker erhalten den verdienten Arbeitslohn gegen Aufrechnung des Verpflegungsgeldes. Die Trinker können außerhalb oder innerhalb der Anstalt zu jederlei Arbeit angehalten werden. Der Ertrag der Arbeit haftet für gesetzliche Unterhaltsansprüche."

Es ist nicht zu leugnen, daß die Kostenfrage der jetzigen Zeit vor Neuerrichtung von Anstalten zurückschrecken wird; es ist aber bereits darauf hingewiesen, daß ein lebhaftes Bedürfnis nach neuen Anstalten in absehbarer Zeit gar nicht vorhanden sein wird, und es sei in bezug darauf noch betont, daß die große Reihe von Trinkerheilanstalten, die im Kriege eingegangen und anderen Zwecken zugeführt worden ist, gern die alte Arbeit wieder aufnehmen wird, sobald das Bedürfnis dazu vorliegt; ebenso werden diejenigen Anstalten, die durch die Not der Zeit gezwungen worden sind, einen Teil der Plätze zur Unterbringung von anderen Bedürftigen herzugeben, sich freudig wieder ihrer ursprünglichen Tätigkeit in vollem Umfange widmen [1]).

13. Strafbestimmungen.

Es bleibt schließlich noch übrig, daran zu erinnern, daß die Arbeit der gesamten Trinkerfürsorge unterstützt werden muß durch Strafbestimmungen, wie sie in den Gesetzen des Auslandes vielfach festgelegt worden sind (England, Neusüdwales, Massachusetts, Graubünden), und wie sie auch der badische Entwurf in § 21 sehr aus-

---

[1]) Wir nennen von diesen Anstalten: Waldfrieden bei Fürstenwalde (zum Teil), — Wiesenhof bei Kleindrenzig (Guben), — Waldesruh bei Rheinbeck, — Wartburg in Karlshof bei Rastenburg, — Heilstätte für Frauen in Bonn, — Frauenheim in Elberfeld, — Camillianerhaus in Neuß, — St. Camillushaus in Heidhausen bei Werden a. R., — St. Bernhardshof in Maria-Veen, — Wilhelmshof bei Uchtspringe, — Leipe bei Jauer, — Mara in Herford, — Anscharhöhe bei Hamburg, — Tannenhof in Beiersdorf i. Sachsen, — Dahmen in Mecklenburg (Blaukreuzheim).

führlich fordert. Es müssen unter Strafe gestellt werden: die wissentliche oder fahrlässige (Graubünden) Verabreichung von geistigen Getränken an Pfleglinge einer Trinkerheil- oder Bewahranstalt sowie überhaupt an alle mit einer Fürsorgemaßnahme bedachte Personen oder ihre Verführung zum Alkoholgenuß in irgendeiner Weise, ferner die Behinderung der Versorgung eines Trinkers, die Hilfe zum Entweichen aus der Anstalt und sonstige gegen den Zweck des Gesetzes verstoßende Handlungen, sofern sie die Absicht verraten, dessen Ausführung zu hintertreiben, oder dies in Fahrlässigkeit tun. Der Entwurf eines Allgem. deutschen Strafgesetzbuches sieht in seiner neusten Fassung (1925) schon die Bestrafung in gewissen Grenzen vor (§§ 336, 337, 339).

Quellennachweis.

I. Zeitschriften.

Der Alkoholismus, Dresden 1900 bis 1903; Neue Folge, Leipzig 1904 bis 1907. Abkürz. Alk.

Die Alkoholfrage, Dresden 1904 bis 1909. Neue Folge, Berlin-Dahlem, seit 1910. Abkürz. Alk. Fr.

Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten, seit 1922 Intern. Zeitschrift gegen den Alkoholismus, Lausanne. Abkürz. I. M.

Blätter für praktische Trinkerfürsorge, Berlin-Dahlem. Abkürz. Bl. Trfs.

Proceedings of the Society for the Study of Inebriety, London. Abkürz. Proc. Soc. I.

Jahrbuch des Alkoholgegners, Abstinenzsekretariat Lausanne. Abkürz. Jhrb. Alkg.

Proceedings of the Meetings of the American Association for the Cure of Inebriates, Philadelphia u. New York. Abkürz. Proc. Amer.

Mäßigkeitsblätter, seit 1921: Auf der Wacht, Berlin-Dahlem. Abkürz. M. Bl. A. d. W.

Zeitungskorrespondenz des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus. Abkürz. Zeit. Korr. V. G. A.

II. Berichte.

Berichte über die Internationalen Kongresse gegen den Alkoholismus: Christiania 1890, Haag 1893, Basel 1895, Brüssel 1897, Paris 1899, Wien 1901, Bremen 1903, Budapest 1905, Stockholm 1907, London 1909, Haag-Scheveningen 1911, Mailand 1913, Washington 1920, Lausanne 1921.

Berichte über die Konferenzen für Trinkerfürsorge seit 1909, Berlin-Dahlem. Abkürz. Ber. Trfs. Kf.

Bericht über den ersten Deutschen Alkoholgegnertag in Breslau, Berlin-Dahlem. Abkürz. A. G. T.
Jahresberichte der Schweizer Trinkerheilanstalten Ellikon a. Thur, Nüchtern, Trélex.
Berichte über die Jahresversammlungen des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus, Berlin-Dahlem.
Berichte über die Jahresversammlungen des Verbandes der Trinkerheilstätten des Deutschen Sprachgebietes. In den Konferenzberichten für Trinkerfürsorge und den Blättern für praktische Trinkerfürsorge.

III. Einzelnachweis.

1. *Aschaffenburg*, Prof. Dr., Die Entmündigung der Trinker nach dem neuen Bürgerlichen Gesetzbuch. Münch. Med. Wochsch. 1896. Nr. 42.
2. *Derselbe*, Die Behandlung der verbrecherischen Gewohnheitstrinker. Kongr. Ber. London 1909.
3. *Derselbe*, Die Bestimmungen über die Trunkfälligkeit und Betrunkenheit im „Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch" vom Jahre 1919. A. G. T. S. 50.
4. A State Experiment in treating Inebriety. Proc. Soc. In. 1896 April, 8.
5. *Baer*, Dr. *A.*, Der Alkoholismus. Berlin 1878.
6. *Baer* und *Laquer*, Dr. *B.*, Die Trunksucht und ihre Abwehr. Berlin und Wien 1907.
7. *Baer*, Dr. *A*, Erscheint es geboten, daß der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke seine bisherige Stellungnahme zu den Bestimmungen des Trunksuchtsgesetzentwurfes über die Heilung, Unterbringung und Entmündigung der Trinker abändert? Referat. Jahresber. D. V. g. d. A. 1892.
8. *Bauer*, *Otto*, Dr. jur., Das Recht der Trinkerbewährung. I. M. 1915 Heft 1 bis 7.
9. *de Benoit*, *P.*, Alkoholikerfürsorge mit besonderer Berücksichtigung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches und des Vorentwurfes zu einem Schweizerischen Strafgesetzbuche. Inaug.-Diss. Bern 1914.
10. *Bienfait*, Dr. et *Kerr*, Dr. *Normann*, Le vrai traitement de l'ébriété. Kgr. Ber. Brüssel, III—IV, S. 88.
11. *Bihler*, *A*, Die wichtigsten rechtlichen und gesetzlichen Bestimmungen für die Trinkerfürsorge. Alk. Fr. 1921 Heft 4, S. 306.
12. *Bleuler*, Dr. *E*,, Über Trinkerasyle. Kongr. Ber. Basel 1895. S. 233.
13. *Derselbe*, Prof. Dr. *E*, Trinkerheilanstalt und Irrenanstalt. Kongr. Ber. Wien, S. 482.
14. *Derselbe*, Lehrbuch der Psychiatrie. Kapitel Alkoholismus. Berlin 1918.
15. *Blocher*, Dr. *E.*, Schweizerisches Zivilgesetzbuch und Alkoholismus. Schweiz. Alkoholgegner 1914.
16. *Derselbe*, Der Entwurf eines Schweizerischen Strafgesetzbuches und die Alkoholfrage. I. M. 1918, S. 217.
17. *Boeckel*, Dr. *F*, Alkoholismus und Recht. Jena 1908.
18. *Bollmann*, Korreferat zu *Baer*, s. Nr. 7.

19. *Bovet, A.*, La Croix bleue en rélation avec les asiles pour les buveurs. Kongr. Bericht Basel, S. 233.
20. *Derselbe*, Moyens de guerir et de relever le buveur. Kongr. Ber. Brüssel, S. 76.
21. *Bosshardt*, Über Gründung und Betrieb von Trinkerheilstätten. Kongr. Ber. Wien, S. 250.
22. *Burckhardt*, Dr. *Rudolf*, Organisierte Fürsorge für Trinker und ihre Familien. Berlin 1909.
23. *Derselbe*, Reichsversicherungsordnung und Trinkerfürsorge. Konfer. Trfs. II. S. 15.
24. *Bratz*, Dr, Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem B. G. B. Halle a. S. 1898.
25. *Burns, Dawson*, The Experience of the London Temperance Hospital. Kongr. Ber. Basel, S. 387.
26. *Colla*, Dr. *E.*, Die Trinkerversorgung unter dem Bürgerlichen Gesetzbuche. Hildesheim 1899.
27. *Derselbe*, Über Trinkerheilstätten. Kongr. Ber. Paris 1899.
28. *Derselbe*, Welche Aufgaben erwachsen der Verwaltung und der Vereinstätigkeit durch die Bestimmungen des B. G. B. und der Zivilprozeßordnung über die Entmündigung wegen Trunksucht. XV. Jahresber. der Gefängnisges. für die Provinz Sachsen und das Herzogtum Anhalt. Referat. Halle a. S. 1900.
29. *Derselbe*, Trinkerbehandlung einst und jetzt. Jahresber. Verein g. Alkohol. Berlin, 1911.
30. *Derselbe*, Die Trinkerheilanstalten im Rahmen der allgemeinen Trinkerfürsorge. Konf. Trfs. IV. S. 50.
31. *Cramer*, Prof. Dr., Die Entmündigung wegen Trunksucht. Kongr. Ber. Bremen, S. 188.
32. *Crothers, T. D.*, A Study of the Causation of Inebriety. Journ. of nerv. and mental diseases. VII. N. S. New-York, S. 304.
33. *Derselbe*, What shall we do with the Inebriates? The Alienist and Neurologist. II, S. 166. St. Louis.
34. *Derselbe*, Legal reforms demanded in the Treatment of inebriates. Med. and surg. Reporter I. 356. Philadelphia 1884.
35. *Derselbe*, American inebriates asylums. Journ. Amer. Medic. Ass. XXI. 471. Chicago 1893.
36. *Derselbe*, Clinical treatment of inebriety. Intern. Clin. III. Nr. 5, p. 132. Philad. 1901.
37. *Derselbe*, Les asiles des buveurs et leur oeuvre. Kongr. Ber. Paris 1899, S. 155.
38. *David, H.*, Die Errichtung von Trinkerasylen und deren Einfügung in die Gesetzgebung. Aarau 1891.
39. *Delbrück*, Prof. Dr., Hygiene des Alkoholismus. Weyls Handbuch der Hygiene. 1901.
40. *Derseble*, Abstinenz in Irrenanstalten. Kongr. Ber. Budapest, S. 372.
41. Détachement *Walten*, Heilstätte für alkoholkranke Wehrmänner. Bern 1920.
42. *Dvořak*, Dr. *Joh.*, Über die gesetzlichen Maßnahmen des Staates im Kampfe gegen den Alkoholismus. Kongr. Ber. Basel, S. 443.

43. *Endemann*, Prof. Dr. jur., Die Entmündigung wegen Trunksucht und das Zwangsheilungsverfahren wegen Trunkfälligkeit. Halle a. S. 1904.
44. *Endemann*, Über die gesetzliche Behandlung der Trunksüchtigen. Zentrlbl. f. Gesundheitspflege, XI. 1892.
45. *Erlenmeyer*, Dr., Entmündigung wegen Trunksucht nach dem B. G. B. Coblenz 1898.
46. *Ewald*, *G.*, Zwangsmittel der Trinkerfürsorge. Bl. Trfs. 1921. Heft 9—10.
47. *Falkenberg*, Dr., Über Familienpflege Geisteskranker. A. Z. f. Psychiatrie. Bd. 54, H. 4.
48. *Flade*, Dr. *E*,, Die Heilung Trunksüchtiger und ihre Versorgung nach dem B. G. B. Dresden 1899.
49. *Derselbe*, Erfüllen Gesellschaft und Staat ihre Pflicht den Trunksüchtigen gegenüber? Berlin-Dahlem.
50. *Flaig*, Dr., Die Bekämpfung der Trunksucht und die Krankenkassen. Bl. Trfs. VIII. H. 1—3.
51. *Forel*, Prof. Dr. *A*, Die Errichtung von Trinkerasylen und deren Einfügung in die Gesetzgebung. Bremerhaven und Leipzig, 1892.
52. *Derselbe*, Des résultats obtenus dans les refuges pour alcoolisés. Kongr. Ber. Brüssel, III—IV. S. 80.
53. *Derselbe*, La question des asiles pour alcoolisés incurables. Kongr. Ber. Paris 1899.
54. *Francke*, *Pater*, Die praktische Trinkerfürsorge in Deutschland. Kongr. Bericht Lausanne 1921, S. 113.
55. *Frank*, Dr, Die Trinkergesetzgebung in der Schweiz. Kongr. Bericht Wien 1901, S. 198.
56. *Derselbe*, Die ärztliche Seite der Trinkerbehandlung. Alk. IV. S. 230.
57. *Fuld*, Dr., Die Trunksucht und das Bürgerl. Gesetzbuch des Deutschen Reiches. Kongr. Ber. Wien 1901. S. 188.
58. *Fürer*, Dr., Über Entziehungskuren und diesem Zwecke dienende Anstalten. I. M. 1895, S. 325.
59. *Gerényi*, *Fedor*, Die Trinkerasyle Englands. Wien 1893.
60. *Graf*, *H.*, Die administrative Trinkerversorgung in Basel. In.-Diss. Leipzig 1921.
61. *Greef*, Dr. *J. H.*, Ärztliche Wissenschaft in ihrer Beziehung zur Trinkerfürsorge. Die Hygiene, 1913. Heft 6—7.
61 a. *Grein*, Dr. *J.*, Entwurf eines Trinkerfürsorgegesetzes. Monschr. für Kriminalpsychologie. XIV. Jhrg. H. 1—3. S. 38.
62. *Grothjahn*, Dr., Der Alkoholismus nach Wesen, Wirkung und Verbreitung. Leipzig 1898.
63. *Hayne*, *Stanley*, Intemperance, its causation, results and prevention. Proc. Soc. In. 1896.
64. *Henrici*, Dr., Über die Trinkerheilanstalt Turva in Finnland. Kongr. Ber. Paris 1899.
65. *Hercod*, Dr. *R.*, Die Belastung des Staates durch den Alkoholismus. I. M. 1913. S. 361.
66. *Hermann*, Prof. *J*,, Fürsorge für Alkoholkranke. Ber. über den Caritaskurs in Luzern.

67. *Hesse*, Dr. *P.*, Trinkerfürsorge, Polizei und Staatsanwalt. Berlin 1917.
68. *Hildebrandt*, *Bruno*, Mitteilung über die Verwendung des zur Bekämpfung des Alkoholismus bestimmten Alkoholzehntels bis Ende 1906. Schweizer Blätter f. Wirtschafts- u. Sozialpolitik, Bern 1907.
69. *Hirsch*, Pfarrer, Die Errichtung von Trinkerheilanstalten und die Entmündigung von Gewohnheitstrinkern. Vortrag, Düsseldorf 1889.
70. *v. Jarotzky*, Das Arbeitsscheuengesetz in der Praxis der Trinkerfürsorge. Konf. Trfs. III. S. 35.
71. *Jolly*, Prof. Dr., Diskussionsrede und Antrag bei den Verhandlungen des Vereins der Deutschen Irrenärzte zu Weimar 1891.
72. *Kappelmann*, Stadtrat, Das Trinkerfürsorgegesetz. Alk. IV. S. 313.
73. *Derselbe*, Entwurf zu einem Reichsgesetz betreffend die Fürsorge für Trunksüchtige. Alk. N. F. 1905, H. 3.
74. *Derselbe*, Stadtrat, Ein Jahr Trinkerfürsorge in Erfurt. Mäß. Bl. 1908, Nr. 6.
75. *Derselbe*, Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Trinkerfürsorge. Jahresber. Verein g. d. Alk. 1908.
76. *Kerr*, *Norman*, Inebriety or Narcomania. London u. Philadelphia, 3. Aufl. 1894.
77. *Derselbe*, Legislation for Inebriates in Britain. Kongr. Ber. Paris 1899, S. 344.
78. *Kesteven*, The Proper method of dealing with habitual drunkards. Proc. Soc. In. 1896.
79. *Kohn*, *A*, Die Krankenkassen als berufene Organe der Trinkerfürsorge. Konf. Trkfs. III, S. 18.
80. *Korowin*, Dr. L'hôpital pour les alcooliques à Moscou. Kongr. Ber. Paris, I. S. 96.
81. *Köchlin*, Dr., Die Trinkerfürsorge in der Schweiz. Konf. Trkfs. IV. S. 15.
82. *Derselbe*, Die neuen Methoden der Trinkerheilung und Fürsorge. Kongr. Ber. Lausanne, 1922, S. 108.
83. *Krass*, Landesrat, Gesetzliche Bestimmungen zur Trinkerfürsorge. Heidhausen 1913.
84. *Kräpelin*, Prof. Dr., Psychiatrie. Abschnitt über den Alkoholismus. VIII. Aufl. Leipzig 1913.
85. *Legrain*, Dr,, Les asiles d'ivrognes. Paris 1895.
86. *Luzi*, Dr. *J.*, Die im Kanton Graubünden geltende Trinkergesetzgebung und die Notwendigkeit eines Trinkerfürsorgegesetzes. Chur 1920.
87. *Marandon de Montyel*, Installation d'une section spéciale pour le traitement des alcooliques à l'asile de Ville Evrard. I. M. 1894. S. 237.
88. *Marthaler*, Pfarrer, Vorzüge und Nachteile der Schweizerischen Alkoholgesetzgebung. Kongr. Ber. Wien 1901, S. 307.
89. *Martius*, Pfarrer, Deutsche Trinkerheilstätten. Geschichte und Aufgaben des Verbandes von Trinkerheilstätten des Deutschen Sprachgebietes. Berlin-Dahlem. 1908.

90. *Mason*, The pauper inebriate, his legal status, care and control. Kongr. Ber. Paris 1899. S. 403.
91. *Metzger*, Dr. *M. J.*, Die Trinkerfürsorge und ihre Organisation. Graz 1920.
92. *Moeli*, Prof. Dr., Die Behandlung der Vergiftung mit Weingeist. Pentzold u. Stintzings Handbuch der Therapie. Bd. II.
93. *Möller*, Dr. *K.*, Über die Stellung des Staates zu den Trunksüchtigen mit besonderer Rücksicht auf Deutschland. Kongr. Ber. Haag 1911.
94. *Moser*, Dr. jur. *Aug*,, Die gesetzlichen Grundlagen der Trinkerfürsorge in der Schweiz. Sarnen, Abstinenzsekretariat. 1922.
95. *Nasse*, Prof. Dr. *W.*, Wie können die Deutschen Irrenärzte zur Beseitigung des Schadens, den der Alkoholmißbrauch in unserem Volke anrichtet, mitwirken? Allg. Z. f. Psychiatrie. XXXIII, S. 361.
96. *Neumann*, Pfarrer, Fürsorge und Vorsorge bei Trunkgefärdeten. Berlin-Dahlem.
97. *Nonne*, Prof. Dr., Stellung und Aufgaben des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus. Über Trinkerheilstätten. Hdb. der soz. Medizin, Bd. IV. Jena 1904.
98. *Derselbe*, Ärztliche und juristische Forderungen für die Heilung Alkoholkranker. Hamburg 1911.
99. *Oberdieck*, Dr. *Friedericke*. Beitrag zur Kenntnis des Alkoholismus und seiner rationellen Behandlung. A. f. Psychiatrie. Bd. XXIX, Heft 2.
100. *Pelmann*, Prof. Dr., Über Trinkerasyle. Centrlbl. f. allg. Gesdh.-Pflege. Bonn 1884. S. 59.
101. *Proskovetz*, Dr. *Max*, Ritter v., Die Aufgaben des Staates im Kampfe gegen den Alkoholismus. Kongr. Ber. Basel 1895. S. 440,
102. *Ridge*, Dr., L'oeuvre de lhôpital de temperance de Londres. K. Ber. Paris 1899. S. 209.
103. *Samter*, Stadtrat, und *Waldschmidt*, Dr. *J.*, Die Aufgaben der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen. Schriften des D. V. f. Armenpflege u. Wohltätigkeit. 25. Heft. Leipzig 1901.
104, *Schaefer*, San.-Rat Dr., Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen. Halle a. S. 1904 (Jur. psych. Grenzfragen).
105. *Schellmann*, Dr., Bürgerliches Recht und Trinkerfürsorge. Kfr. Trkfs. II. S. 48.
106. *Schenk*, Dr., Die Notwendigkeit der Errichtung von Trinkerheilstätten. D. Vrtjschr, f, öff. Gesdhpfl. XXXIII, H. 3. Braunschweig 1900.
107. *Schmittmann*, Dr., Die Asylierung unheilbarer Trinker. Kfr. f. Trkfs. III, S. 54.
108, *Schmitz*, Dr. *A.*, Die Trunksucht, ihre Abwehr und Heilung, Bonn 1891.
109. *Derselbe*, Über den Entwurf eines Gesetzes betreffend die Bekämpfung des Mißbrauches geistiger Getränke, D. M, Wochenschrift, 1891, Nr. 46.
110. *Schultze*, Prof. Dr. *E.*, Entlassungszwang und Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung.

111. *Sérieux*, Dr. *P.*, L'asile d'alcooliques du Departement de la Seine. Ann. méd. -psych. 1895. II. S. 417. Paris.
112. *Derselbe*, Les Etablissements pour le Traitement des Buveurs en Angleterre et aux Etats-Unis. Bull. d. l. méd. mentale de Belgique. 1895.
113. *Derselbe*, Les asiles des buveurs. Ann. d'hyg. publ. et de méd. leg. Paris, 1896. S. 308.
114. *Solbrig*, Dr., Trinkerheilstättenbehandlung. Jahresber. V. g. Alkoh. 1914.
115. *Spelten*, Dr., Welche Alkoholkranken bedürfen der Anstaltsbehandlung, und wie lange soll dieselbe dauern? J. Ber. V. g. Alkohol, 1908.
116. *Staudinger*, Kommentar zum Bürg. Gesetzbuch.
117, *Stein*, Dr. med., Die Aufgaben der Krankenkassen und ihrer Ärzte im Kampfe gegen den Alkohol. Kongr, Ber. Stockholm 1907.
118. *Straßmann*, Prof, Dr., Über den Entwurf eines Gesetzes betreffend die Bekämpfung des Mißbrauches geistiger Getränke, D. Med. Wochschr. 1892, Nr. 3.
119. *Thierry*, Om Drankerasyler, Kjöbenhavn. 1888.
120, *Tilkowsky*, Dr. *A.*, Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands. Wien u. Leipz g 1893,
121. *Derselbe*, Die Alkoholiker in den Irrenanstalten. Wiener Med. Wochschr. 1895, Nr. 10,
122, *Töndury*, Dr. *H.*, Die Eidgenössische Alkoholgesetzgebung. Basel 1907.
123. *Trommershausen*, Prof. Dr., Zusammenlegen und Zusammenarbeiten der Trinkerfürsorgestelle mit anderen Fürsorgebestrebungen. Konf. Trkfs. III. S. 168.
124. Trunksuchtsgesetz, Das — und unsere Anträge dazu. Verein g. d. Mißbr. geist. Getr. Berlin, 1893.
125. *Tuczek*, Prof. Dr., Die Aufgabe des Arztes bei der Bekämpfung des Alkoholmißbrauches. Irrenfreund, 1891, Nr. 3.
126. *Waldschmidt*, Dr. *J.*, Über Trinkeranstalten. Berl. Kl. Wochschr. 1897, Nr. 45.
127. *Derselbe*, Die Trinkerfürsorge in Preußen. Ztschr. des Kgl. Preuß. Stat. Bureaus. Berlin 1901.
128. *Derselbe*, Bericht aus den Trinkerheilanstalten von Deutschland. Alkohol. I, S. 276.
129. *Derselbe*, Die Aufgaben der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen. Siehe 103.
130. *Derselbe*, Zur reichsgesetzlichen Regelung der Trinkerfürsorge. Alkohol. 1904, S. 12.
131. *Derselbe*, Über die verschiedenen Formen der Unterbringung Alkoholkranker, mit besonderer Berücksichtigung der kolonialen Verpflegung. Jahresb. V. g. d. Mißbr. geist. Getr.
132. *Derselbe*, Die Behandlung der Alkoholisten. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. VI. Heft 2—3. Halle a. S.
133. *Derselbe*, Entmündigung wegen Trunksucht. Psych.-neurol. Wochsch. 1908.

134. *Derselbe*, Weshalb ist ein Trinkerfürsorgegesetz in Deutschland nötig? Alkoh. 1902, S. 30.
135. *Wilm*, Pfarrer, Vereine und Anstalten als Mitarbeiter der Trinkerfürsorgestellen. Konfr. Trkfs. II. S. 132.

IV. Gesetze und Gesetzentwürfe.

Entwurf eines Gesetzes betreffend die Bekämpfung des Mißbrauchs geistiger Getränke v. 11. 6. 91. Deutscher Reichs- usw. Anzeigers 1891 Nr. 200 v. 26. 8. 91. 1. Beilage.
Entwurf eines Gesetzes usw. v. 2. 7. 00. Vgl. Einzelnachweis Nr. 124.
Antrag des Grafen *Douglas* v. 1. Mai 1902. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104).
Das Trinkerfürsorgegesetz. Erster Entwurf von Stadtrat *Kappelmann* Vgl. Einzelnachweis Nr. 72.
Entwurf für ein Reichsgesetz betr. die Fürsorge für Trunksüchtige v. *Kappelmann*. Vgl. Einzelnachweis Nr. 73.

England und Kolonien.

Habitual Drunkards Act. 3. 7. 79. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104, S. 34).
Inebriates Act 1888. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104, S. 45).
Inebriates Act 1898. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104, S. 46).
Inebriates Act 1899. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104, S. 49).
Britisch Kolumbien, Ges. v. 7. 4. 87. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104, S. 58).
Neu-Südwales, Ges. v. 10. 10. 00. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104, S. 60).

Norwegen.

Gesetz über Entmündigung v. 28. 11. 98. Vgl. *Schaefer* (Nr. 104, S. 25).

Schweden.

Gesetz v. 30. 6. 13 über die Behandlung der Alkoholisten. Vgl. Alkfrg. 1916. Heft 2.

Maassachusetts.

Gesetz betr. das Hospital in Mass. für Dipsomanen und Trinker. Vgl. *Schaefer* S. 65.

Österreich-Ungarn.

Gesetzentwurf über die Errichtung öffentlicher Trinkerasyle v. 1895. Vgl. *Schaefer* S. 75.

Schweiz.

Aargau: Gesetz über die Trinkerfürsorge v. 28. 12. 15.
Basel-Stadt. Gesetz betr. die Versorgung von Gewohnheitstrinkern v. 21. 2. 01 und 27. 4. 11.
Bern: Gesetz über die Armenpolizei und die Enthaltungs- und Arbeitsanstalten v. 1. 12. 12.
St. Gallen: Gesetz betreffend die Versorgung von Gewohnheitstrinkern v. 21. 5. 91. Gesetz betreffend die Bekämpfung der Trunksucht. Entw. v. 23. 4. 24.
Graubünden: Fürsorgegesetz v. 11. 4. 20.
Luzern: Gesetz betr. die Versorgung von Gewohnheitstrinkern v. 7. 3. 10.
Neuenburg: Loi sur l'internement adminstrative des buveurs du 22. 4. 19.
Obwalden: Versorgung in Zwangsarbeits-, Trinkerheil- und Besserungsanstalten. Ges. v. 27. 4. 93.
Schaffhausen: Ausführungsgesetz zum Verfassungsgesetz betreffend die

Revision der Kantonverfassung v. 27. 12. 20. — Der Entwurf wurde verworfen. S. *Moser* (Nr. 94) S. 71, Anm.

Schwyz: Begründung und Erläuterung zu einem Schwyzerischen Fürsorgegesetz, bearbeitet von der Trinkerfürsorgestelle Einsiedeln. Vgl. *Moser* (Nr. 94) S. 29 Anm.

Thurgau: Gesetz betreffend die Versorgung von Trunksüchtigen v. 23. 11. 09. — Entwurf, bei der Volksabstimmung am 20. 2. 10 verworfen.

Waadt: Loi du 27 novembre 1906, modifiée par celle du 25 octobre 1920 sur l'internement des alcooliques.

Zürich: Gesetz über die Versorgung von Jugendlichen, Verwahrlosten und Gewohnheitstrinkern. Entwurf v. 30. 4. 19.

Genf, Solothurn, Zug bereiten entsprechende Gesetze vor nach *Moser* (Nr. 94), ebenso Thurgau ein neues nach Ablehnung des früheren Entwurfes.

Über Personenverwechslung bei Geisteskranken.

Von

Johann Susmann Galant, Nervenarzt in Moskau.

Die Tatsache der Personenverwechslung bei Geisteskranken wird von *Bleuler* bei der Besprechung der Illusionen gestreift. Es wird dabei hervorgehoben, daß „die eigentliche Personenverwechslung, wobei jemand von der Umgebung als ein Angehöriger oder Bekannter des Patienten, als der Kaiser angesehen wird, selten eine Illusion sei, öfter eine Wahnidee (Schizophrenie) und gelegentlich eine halb oder ganz bewußte Spielerei (Manie), am häufigsten ein der Konfabulation angehöriger Vorgang (organische Psychose)", (*Bleuler*, Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, Springer 1916.)

Die Auffassung der Personenverwechslung bei Geisteskranken als eine Illusion ist zulässig, denn sie widerspricht der Definition — Illusionen sind krankhaft veränderte wirkliche Wahrnehmungen — durchaus nicht. Besonders bei Gesunden ist die Personenverwechslung, die gar nicht so selten ist, als eine Illusion, die allerdings nicht auf einer krankhaften Veränderung der wirklichen Wahrnehmung beruht, sondern physiologisch bedingt ist, zu denken. Bei Geisteskranken hingegen ist, wie *Bleuler* selbst vorwegnimmt, das Illusorische der Personenverwechslung durch tiefergehende pathologische Erscheinungen überdeckt und sie ist gelegentlich Wahnidee, Spielerei, Konfabulation usw.

An diese von *Bleuler* erwähnte pathologische Personenverwechslung bei Geisteskranken möchte ich noch eine Art von Personenverwechslung, wo der illusorische Charakter der Erscheinung besonders hervorsticht, anführen. Es handelt sich um die systematische Personenverwechslung, die im Anschluß an Dämmerzustände und Delirien zustande kommt.

Die Erklärung dieser Art von Personenverwechslung liegt vor allem in der völligen Desorientierung der Kranken, bei der Notwendigkeit, sich in einem gewissen bekannten Milieu zu fühlen und

einzuleben, wobei Ähnlichkeiten, wenn auch nur sehr entfernte und gar nicht wesentliche, der umgebenden Personen mit solchen aus Bekannten- und Verwandtenkreisen als Anhaltspunkte für die Bestimmung des Aufenthaltsortes dienen.

Der Kranke glaubt nicht in der Irrenanstalt, sondern irgendwo zu Hause, in seiner Geburtsstadt oder in einer anderen ihm gut bekannten Stadt oder in beiden zugleich zu sein und verwechselt systematisch die ihn umgebenden Personen mit solchen aus seiner Heimat. Diese Verwechslung geschieht nicht durch Überlegung und Nachdenken oder aus irgendeiner Absicht, sondern der Kranke glaubt bona fide und aus reiner Überzeugung alte Bekannte vor sich zu haben. Die Verwechslung geschieht aus irgendwelchen wirklichen oder vermeintlichen Ähnlichkeiten, und es wird hartnäckig an der Illusion festgehalten. Patienten, Ärzte oder Pflegepersonal sind die oder jene Bekannten und Verwandten des Patienten. Je nachdem gelingt es dem Kranken mit der Zeit, sich leicht zu korrigieren, oftmals aber ist die Korrektur ganz unmöglich. Und selbst wenn der Kranke sich überzeugen muß, daß er doch geirrt hat, so ist die Illusion, die verwechselten Personen seien die ersteren, so lebhaft, daß er dieselbe leichten Herzens nicht aufgeben kann und er sich immer wieder über die kolossale Ähnlichkeit der vermeintlichen mit der wirklichen Person wundern muß. So groß ist die suggestive Kraft der Illusion bei Personenverwechslung in frischen Fällen von Delirien und Dämmerzuständen!

Schwer pathologisch ist die Personenverwechslung ex delirio nicht, eine unangenehme Erscheinung ist sie dennoch, besonders wenn der Kranke sich nicht korrigieren kann. Die Personenverwechslung ist aber in diesem Falle keine Wahnidee: es ist einfach eine lieb gewordene Illusion, die in Fleisch und Blut des Patienten übergegangen ist und von der er nicht mehr scheiden will und kann, selbst wenn er einsieht, daß er geirrt hat. Fast wäre er bereit, von einem Doppelgänger zu sprechen.... Doch die volle Gesundung belehrt ihn, daß es starke Ähnlichkeiten unter Menschen gibt, die auf einen Geisteskranken so suggestiv wirken, daß ihm die Ähnlichkeit typischer als der Typus selbst erscheint und er schier an Doppelgänger glauben muß. Der Gesunde läßt sich in solchen Fällen nicht irreleiten und verzichtet leicht auf eine Illusion, die ihm nichts als Embarras einzutragen vermag. Danach muß auch der gesundende Kranke streben.

Über den Einfluß motorischer Störungen auf die Psyche.

Von

Kurt Goldstein, Frankfurt a. M.[1])

Das Problem der Beziehungen zwischen motorischen und psychischen Störungen, das durch die katatonischen Erscheinungen schon vor Jahrzehnten gestellt, dann später durch die Analysen besonders *Kleists* eine besondere Klärung erfahren hat, ist durch die zahlreichen Beobachtungen abnormer motorischer Vorgänge bei an sich psychisch gesunden Individuen, wie wir sie in den letzten Jahren bei den Enzephalitikern machen konnten, wieder sehr in den Vordergrund gerückt. Während bei den Psychosen die Frage, ob die psychischen Störungen primär und die motorischen Störungen sekundär seien oder das umgekehrte Verhalten vorliege, ja nie mit Sicherheit zu entscheiden ist, war hier an dem primären Charakter der motorischen Symptome kein Zweifel. Die nähere Analyse der Psyche derartiger Kranken ergibt, daß von eigentlichen psychotischen Erscheinungen ähnlich denen der Dementia praecox keine Rede ist, also in dieser Beziehung sicher ein Wesensunterschied gegenüber der Katatonie besteht. Das besagt nicht, daß nicht gewisse psychische Veränderungen als Reaktionserscheinungen auf die schwere, durch die motorische Veränderung erzeugte Beeinträchtigung im Verhalten gegenüber der Außenwelt auftreten, ebenso wie andererseits im Bilde der Katatonie sich Symptome finden, die durch primäre motorische Störungen bedingt sind. Die beim motorisch Kranken vorliegende Veränderung der Einstellvorrichtungen auf äußere Reize einerseits, die Beeinträchtigung der normalen Reaktion durch die Spannungszustände usw. andererseits, muß zu einer veränderten Stellung des Individuums gegenüber der Außenwelt führen, die vor

[1]) Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 25. 9. 24 zu Innsbruck.

allem auf das Gefühlsleben nicht ohne Rückwirkung sein, aber auch die intellektuellen Funktionen schließlich schädigen wird. Es wird so nicht nur das Bewußtsein der Außenwelt, sondern auch das Bewußtsein der Persönlichkeit, um die *Wernicke*schen Ausdrücke zu gebrauchen, leiden können. Ich möchte hier jedoch nicht von den psychischen Veränderungen bei Enzephalikern sprechen, sondern bei einem Patienten mit ähnlichen motorischen Erscheinungen anderer Ätiologie. Es handelt sich um einen Fall, den ich wegen der bei dem Patienten auftretenden unwillkürlichen Bewegungen schon an anderer Stelle ausführlich beschrieben habe (Z. f. d. g. N. u. Ps. 1924, S. 407, Fall 5). Es handelt sich um einen Patienten mit einer langsam fortschreitenden organischen Erkrankung unbekannter Genese, die anfangs mehr das rechte Cerebellum betraf, dann wohl auch nach vorn auf den striären Apparat übergriff. Für das uns hier interessierende Problem ist aus der Symptomatologie des Falles zunächst hervorzuheben, daß der Patient an der linken Körperhälfte — und nur an dieser — pseudospontane Bewegungen aufweist von einem eigenartigen, komplizierten, aber periodisch immer sich in gleicher Weise wiederholenden Ablauf. Ich war zu dem Ergebnis gekommen, daß eine Phase des Gesamtablaufes etwa der Be-Bewegung beim „sich Dehnen" entspricht.

Während dieser pseudospontanen Bewegungen befindet sich der Pat., wie ich schon früher dargelegt habe, in einem abnormen psychischen Zustand, dessen Hauptcharakteristika in folgendem bestehen: Pat. ist für Reize gewöhnlicher Stärke (verschiedenster Art, Ansprechen, Berühren usw.) unerregbar. Bei starken Reizen reagiert er mit heftigem Zusammenfahren des Körpers, wobei gleichzeitig die pseudospontanen Bewegungen unterbrochen werden. Der Pat. bietet ein Bild ähnlich einem Menschen, der gewaltsam aus dem Schlaf erweckt wird. Subjektiv hat er das Gefühl des körperlichen Zusammenfahrens und des Erschreckens.

Eine genauere Analyse ergibt, daß die psychische Veränderung mit keiner der bekannten Bewußtseinsstörungen übereinstimmt, weder mit einem echten Schlafzustand oder etwa dem Schlafzustand der Enzephalitiker, noch mit der Benommenheit der organisch Hirnkranken, noch mit hysterischen Zuständen. Auch ein hypnotischer Zustand ist auszuschließen. Weder ist während des Zustandes Fremdsuggestion möglich, noch spielt bei seiner Einleitung eine solche oder eine Autosuggestion eine Rolle. Das einzig sicher Nachweisbare ist der Zusammenhang des veränderten psychischen Zu-

standes mit dem Eintreten der unwillkürlichen motorischen Erscheinung. Ich möchte den Zustand als eine Blockierung des Bewußtseins durch die abnormen motorischen Erscheinungen bezeichnen.

Eine solche Auffassung ermöglicht auch ein Verständnis der weiteren psychischen Veränderungen des Patienten, über die ich hier berichten möchte.

Beobachten wir das Verhalten des Patienten im gewöhnlichen Leben, so ist zunächst festzustellen, daß der Patient gewohnte Tätigkeiten richtig ausführt und daß dabei nur ein häufiges Zusammenschrecken auffällt und Schwierigkeiten entstehen, wenn Anforderungen an ihn herantreten, die mit der augenblicklichen Tätigkeit nicht in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Dann zeigen sich auch allerlei Verlegenheitsbewegungen.

Ist Pat. mit irgend etwas beschäftigt, sieht er sich etwas an, unterhält er sich mit Jemandem oder führt er irgendeine Handlung aus, so beachtet er schwache Sinnesreize, die nicht zu seiner augenblicklichen Betätigung gehören, nicht. Er sieht nicht, daß jemand an ihn herantritt, ihn anspricht, ihm etwas reicht, was er bei seiner Tätigkeit benutzen soll u. ä. Spricht man ihn dann stärker an oder berührt man ihn heftig, so schrickt er zusammen, scheint wie zu erwachen, steht wie ratlos da. Wiederholt man den neuen Auftrag nicht, so scheint er gar nicht zu wissen, was er eigentlich tun soll und was er eben getan hat. Wiederholt man den Auftrag, so besinnt er sich und führt nach allerlei vorbereitenden Bewegungen das, was man von ihm verlangt, aus. Fragt man ihn dann, was er denn vorher gemacht habe, so scheint es zunächst, als ob er es vergessen hätte. Nach mehr oder weniger langem Besinnen kann er aber doch manches davon erzählen. Warum er seine Tätigkeit unterbrochen hat, kann er nicht angeben. Er weiß nur, daß er gefühlt habe, daß sein Körper zusammengezuckt sei.

Ähnlich verhält sich nun Pat. bei allen Tätigkeiten. Gehört etwas zu der Tätigkeit, mit der er grade beschäftigt ist, dem Sinne nach dazu und wird es ihm in räumlich-zeitlicher Kontinuität geboten, so verwertet er es. Ist das nicht der Fall, so reagiert er nicht darauf, oder es erfolgt bei starken Reizen das geschilderte Zusammenschrecken. Alles, was nicht zur Aufgabe gehört, die den Kranken eben beschäftigt, wirkt entweder gar nicht oder nur als Störungsreiz. Dabei ist es ganz gleichgültig, in welcher Tätigkeit der Pat. sich befindet und auch, welcher Art der Reiz ist, den man

auf ihn wirken läßt. Wir bekommen dasselbe Verhalten, ob es sich um eine Wahrnehmung oder eine Handlung oder einen Denkakt usw. handelt. Nicht nur ein bestimmter Auftrag führt zur Unterbrechung, nein, schon das Ansprechen selbst, ja jeder beliebige andere Reiz. Der Inhalt des Reizes ist irrelevant, nur seine Stärke ist maßgebend. Die Unterbrechung erfolgt auch nicht durch eine dem Reiz inhaltlich entsprechende Reaktion von seiten des Patienten, sondern zeigt immer denselben Charakter des Zusammenfahrens des Körpers, das dem Patienten allein zum Bewußtsein kommt. Es handelt sich offenbar um eine erzwungene, nicht bewußte körperliche Veränderung, um eine erzwungene Einstellung des Körpers auf einen Reiz, die offenbar so stark ist, daß sie nicht nur das Erfassen des Reizes verhindert, sondern so sehr irritiert, daß jede Tätigkeit unterbrochen und aus dem Bewußtsein des Patienten wie ausgelöscht wird. Wir gelangen auch hier zu dem Ergebnis, daß die Veränderung als eine Blockierung des Bewußtseins durch einen starken Reiz zu betrachten ist.

Dieses Verhalten ergibt nun bei der eingehenden psychischen Untersuchung ein sehr eigentümliches Bild.

Der gleiche Reiz wird bald wahrgenommen, bald nicht, je nachdem er eben zur Aufgabe gehört oder nicht. Daraus resultiert eine scheinbare Aufhebung der Konstanz der Empfindungen bei den Untersuchungen und es ergeben sich sehr verschiedene Resultate bei der Prüfung der Sinnesleistungen, der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes usw. Stellt man aber die Prüfung so an, daß der Reiz für den Patienten innerhalb einer Aufgabe erscheint, so zeigt sich immer wieder, daß die Sinnesleistungen, das Gesichstfeld usw. dann ungestört sind. Da man unter verschiedenen Umständen ein so verschiedenes Verhalten findet, kann man zunächst geneigt sein, diesen Wechsel einem Wechsel der „Gesamtfunktionen" zuzuschreiben, etwa einem Wechsel der „Aufmerksamkeit"; aber auch eine solche Auffassung würde den Tatsachen nicht gerecht, denn es zeigt sich der gleiche Wechsel in bezug auf Inhalt und Umfang der Aufmerksamkeit. Die Aufmerksamkeit erweist sich weder ihrem Inhalt noch ihrem Umfang nach irgendwie beschränkt, sobald man nur die Versuchsanordnung entsprechend gestaltet. Fordert man den Patienten etwa auf, einen Buchstaben zu schreiben oder die Zunge zu zeigen, so wiederholt er diese Handlungen immerfort, bis man ihn unterbricht, und man kann so den Eindruck gewinnen, als wenn der Umfang seiner Lei-

stungen ein ganz beschränkter wäre. Sofort darauf aber läßt sich auch das Gegenteil nachweisen. Fordert man ihn etwa auf, einen Brief zu schreiben, so führt er das in ganz normaler Weise aus, ebenso wie er irgendeine andere komplizierte Handlung, die sehr viele Einzelheiten enthält, richtig ausführt. Nur dadurch wird es auch verständlich, daß er in seinem Geschäft einer nicht ganz einfachen Tätigkeit zufriedenstellend nachgehen kann. Es kann also weder der Inhalt noch der Umfang seiner Handlung sein, der bei ihm an sich beschränkt ist. Sowohl Umfang wie Inhalt wechseln bei ihm je nach der Situation, in der er sich befindet. Aber eines wird aus allen angeführten Beispielen klar: er kann immer nur eine Aufgabe auf einmal verrichten und er kann nicht von einer Aufgabe auf eine andere ohne weiteres übergehen. Was nicht zur Aufgabe gehört, existiert für ihn nicht, wird nicht — wenn es ein Sinnesreiz ist, verwertet — wenn es eine Handlung ist — ausgeführt. Sein ganzes Sein ist an diese eine Aufgabe gebunden. Betrachtet man jetzt sein Handeln nicht nur in bezug auf den Effekt, so stellt man eine Reihe von eigentümlichen Abweichungen gegenüber den normalen fest.

1. Die Handlungen erfolgen mit einer ganz abnormen Promptheit. Der Patient ist abnorm bei der Sache, hat sehr ausgesprochene charakteristische Ausdrucksbewegungen, er handelt nie markierend, sondern immer, als wenn er sich wirklich in der Situation, die der von ihm verlangten Handlung entspricht, befände.

2. Er hört spontan nicht auf. Handelt es sich um eine ganz einfache Aufgabe, die er zu verrichten hat, etwa eine einfache Bewegung, wie das Zunge zeigen u. ä., so wiederholt er sie dauernd, bis er unterbrochen wird oder körperlich ermüdet — auch hier unter Erschrecken abbricht. Enthält die Handlung ihrem Sinn nach eine Reihe Teilakte, so wiederholt der Patient sie immer wieder mit all ihren Teilakten von neuem. Ist sie aber etwa nicht abgeschlossen, d. h. ist es möglich, an sie sinnvoll anzuknüpfen, so setzt er sie in sinnvoller Weise fort. So schreibt er z. B. bei der Bourdon-Prüfung, wenn er etwa alle vorhandenen i durchgestrichen hat, sich den zu durchstreichenden Buchstaben immer wieder auf und streicht ihn durch. So fährt er in einer Erzählung, die man ihm angefangen hat, in sinnvoller Weise fort. Bei solchen und ähnlichen Situationen wird dann besonders deutlich, daß es sich nicht um ein einfaches Wiederholen des gleichen Inhalts bei ihm handelt, sondern um ein Festhalten an der Aufgabe. Da die Art des Fortfahrens von der Aufgabe bestimmt wird, so erscheint der Inhalt seiner weiteren

Leistungen bald sehr dürftig, wie mechanisch, bald sehr reich und intelligent. Immer ist es charakteristisch, daß er nicht aufhören kann.

3. Sein ganzes Verhalten hat etwas automatenhaftes an sich.

4. In eine neue Aufgabe kann er nur auf dem Wege des Erschreckens und durch neue Einstellung kommen, die oft gar nicht leicht für ihn zu finden ist.

Bei einem Versuch, das Verhalten des Pat. zu erklären, ist zunächst das eine wohl sicher: es handelt sich nicht um eine primäre psychische Störung, nicht etwa um die Folge eines Schwankens der Hirnrindentätigkeit. In der Zeit, in der der Pat. der Außenwelt gegenüber so verändert ist, verrichtet er sehr hochwertige psychische Leistungen, zeigt in dieser Beziehung, was den Inhalt seiner Leistung betrifft, überhaupt wahrscheinlich keine wesentliche Abweichung von seinem Verhalten in gesunden Tagen.

Durch die Hervorhebung der Veränderung der Bewußtseinstätigkeit allein wäre das Verhalten des Patienten überhaupt gar nicht genügend charakterisiert. Die Art des plötzlichen Eintretens der Zustände unter dem Einfluß der Tätigkeit, das plötzliche „Aufwachen" nach irgendwelchen starken Reizen, das heftige Zusammenfahren, das erschwerte Hineinkommen in eine neue Aufgabe, das sind keine Nebenumstände, sondern diese Erscheinungen gehören in ihrer immer wieder in gleicher Weise zu beobachtenden Gesetzmäßigksit zum Wesen der Störung und müssen dementsprechend bei einem Erklärungsversuch mit berücksichtigt werden. Handelte es sich um eine primäre Störung des Bewußtseins, so wären gerade die letzten Erscheinungen, besonders das körperliche Zusammenschrecken, gar nicht zu verstehen. Pat. erschrickt ja nicht primär psychisch, sondern fährt körperlich zusammen und erlebt dieses Zusammenfahren erst sekundär als Schreck. Es liegt offenbar ein völlig unpsychischer Vorgang zugrunde.

Da wir ja alle Veranlassung haben, die bei den pseudospontanen Bewegungen auftretende psychische Veränderung und die zuletzt geschilderte nach Möglichkeit einheitlich zu erklären, so ist zum mindesten zu erwägen, ob nicht auch diese zuletzt geschilderten Symptome als Folge motorischer Vorgänge zu betrachten sind, durch die gewissermaßen der Organismus gegenüber allem nicht zu der Sache, mit der er augenblicklich beschäftigt ist, Hinzugehörigem abgeschlossen würde, also durch eine Anomalie der Einstellung.

Wirkt ein Außenreiz auf uns Normale ein, so wird der Organismus

so auf ihn eingestellt, daß er je nach der Konstellation, in der er auftritt, in einer dieser entsprechenden Weise verwertet wird. Er gerät nicht nur auf die Stelle des peripheren Sinnesapparates, die die optimale Aufnahme garantiert, sondern er wird auch weiter so verwertet, wie es der gerade vorhandene Zustand des Gesamtorganismus erfordert, z. B. je nach der Körperlage in bestimmter Weise die Lage erhaltend oder wenn notwendig verändernd, je nach der psychischen Konstellation voll oder wenig bewußt, dem gerade im Blickpunkte der Aufmerksamkeit stehenden Vorgang eng angegliedert, in ihn verarbeitet oder, als „Peripherie" nur leise anklingend, beiseite gelassen. Ganz ähnlich wie Außenreizen verhalten wir uns gegenüber motorischen Vorgängen, die aus irgendeinem Grunde in Gang kommen, oder gegenüber Gedanken, Gefühlen, Willensregungen und anderen „psychischen" Vorgängen. Alle Vorgänge werden je nach den jeweiligen Erfordernissen des Gesamtorganismus verschieden verwertet, indem sich dieser verschieden auf sie einstellt. Dieser Einstellapparat ist in seinen Beziehungen nach zwei Seiten gerichtet, einerseits nach der Aufgabe zu, vor die der Organismus gerade gestellt ist und die es festzuhalten gilt, andrerseits nach den auf den Organismus einstürmenden Reizen, die so weit, als es nach den Umständen notwendig ist, mit in die Aufgabe einbezogen werden müssen. Es hängt von der Gesamtsituation, der Aufgabe des Organismus im gegebenen Momente ab, wieviele von äußeren und inneren Reizen in die Aufgabe einbezogen werden. Handelt es sich darum, eine Aufgabe in gleicher Weise längere Zeit ungestört vor sich gehen zu lassen, etwa einen Denkvorgang ohne Störung ablaufen zu lassen, so verschließt sich der Organismus gewissermaßen gegenüber allen „störenden", nämlich den Ablauf dieser speziellen Aufgabe beeinträchtigenden Reizen, mögen sie von außen oder innen kommen. Sind wir auf einen Gedanken ganz konzentriert, so sind wir unterschwellig sowohl gegenüber äußeren und inneren Sinnesreizen, sowie gegenüber nicht zum Thema gehörigen evt. auftauchenden Gedanken — sie werden, ehe sie in die Aufgabe einbezogen werden, verdrängt. Sie bleiben in der unwirksamen „Peripherie". Bei Nachlassen der Konzentration auf die Aufgabe, sowie bei abnormer Verstärkung der Reize wird die Einstellung erzwungen, und der Reiz erlangt seinen Eingang in den Vorgang der Aufgabe.

So kann ein sehr starker Außenreiz, etwa ein sehr heftiger Schmerz, zur „Aufgabe" werden. Dann werden wir für alle anderen Sinnesreize, jede andere seelische Leistung unterschwellig. Der Organis-

mus kann evt. so stark auf einen Sinnesreiz reagieren, daß seine gesamte übrige Tätigkeit unmöglich wird, die „Einstellungsmöglichkeit“ auf bewußte Vorgänge verschwindet völlig, es tritt das ein, was wir Bewußtlosigkeit nennen.

Im gewöhnlichen Leben sind wir, auch wenn wir eine besondere Aufgabe erfüllen, nie völlig uneingestellt für andere Reize. Wenn diese auch in der „Peripherie“ bleiben, so werden sie doch so weit aufgefaßt, daß sie, wenn notwendig, in die Erledigung der Aufgabe einbezogen werden, und sie können, wenn sie etwa so stark oder so wesentlich werden, daß dadurch eine völlige Umgestaltung des Gesamtmilieus eintritt, die Aufgabe völlig umgestalten, den Organismus vor eine neue Aufgabe stellen. Je nach dem Wechsel dieser Gesamtsituation wird die Aufgabe modifiziert und je nachdem wechselt auch die Einstellung auf die Reize, bald wird der eine, bald der andere so in den Vordergrund gerückt, daß er mit der Aufgabe, sie modifizierend, verschmilzt. Da sich der Organismus dauernd in einem wechselnden Milieu befindet — sowohl die Vorgänge außen wie in ihm wechseln ja dauernd —, muß dieser Einstellapparat, um diesem Wechsel gerecht zu werden, sich in einem außerordentlich labilen Gleichgewicht befinden, aber auch außerordentlich prompt und exakt auf Reize ansprechen. Wie dies im einzelnen garantiert wird und welche Bedeutung den einzelnen Teilen des Nervensystems dabei zukommt, das soll hier nicht weiter erörtert werden, sondern einer späteren Untersuchung vorbehalten bleiben. Hier möge genügen darauf hinzuweisen, daß dabei wohl das ganze Nervensystem beteiligt ist, den einzelnen Teilen desselben besondere regulatorische Aufgaben zukommen und der Stammganglienapparat wahrscheinlich eine Zentralstelle darstellt, um den sich der ganze übrige Apparat gruppiert.

Was wird nun geschehen, wenn dieser Apparat von seiner Labilität einbüßt, wenn er „erschwert anspricht“?

Gehen wir von einem Zustand aus, in dem der Organismus gerade auf etwas eingestellt ist, ein bestimmter Vorgang als Aufgabe vor sich geht, wenn es sich um einen psychischen Vorgang handelt, etwas „im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht“. Die normal starken Reize werden nicht genügen, den Apparat zum Ansprechen zu bringen, also unbeobachtet bleiben, nicht nur nicht bewußt werden, sondern auch nicht, wenigstens nicht nachweisbar, wirksam sein. Das ist das erste, was wir bei unserem Patienten feststellen.

Der gerade aktuelle Vorgang wird abnorm stark fixiert

erscheinen, weil er ja durch die normalen Reize nicht modifiziert wird. Das Versagen gegenüber normalen Reizen und die abnorme Fixierung sind derselbe Vorgang von zwei Seiten betrachtet. Der aktuale Vorgang wird aber nicht nur abnorm schwer modifizierbar erscheinen, sondern auch einen automatischen stereotypen Charakter gewinnen müssen, er wird dauernd fortgesetzt werden oder, wenn es in seinem Wesen liegt, sich in Einzelheiten immer wiederholen müssen. Die normalen Vorgänge gewinnen ja den lebendigen, unautomatischen, unstereotypen Charakter durch die dauernden Modifikationen durch die Einbeziehung neuer Reize; namentlich dürfte die wechselnde Einbeziehung geringer Reize auch einem an sich im wesentlichen konstant bleibenden Vorgang jenen charakteristischen lebendigen Ausdruck verleihen. So erklärt sich durch das Fehlen der Wirkung dieser Nebenreize der automatische, stereotype Charakter aller Verrichtungen unseres Patienten. Es wird auch verständlich, daß er ohne stärkere Irritation von außen überhaupt nicht aufhört, nicht aufhören kann. Die gewöhnlichen Reize sind ungeeignet, den abnorm fixierten Vorgang zu verändern, also auch zum Abbruch zu veranlassen.

Reize von „normaler" Stärke werden also gar nicht wirksam. Wie steht es aber mit abnorm starken Reizen? Beim Patienten tritt bei solchen unter Unterbrechung des aktualen Vorganges das geschilderte körperliche Zusammenfahren in Erscheinung, ohne daß der Reiz verwertet wird. Ist dieses nach unserer Auffassung verständlich? Sehr wohl. Starke Reize erzwingen die Erregung des der Einstellung dienenden Apparates. Die Reaktion ist aber — entsprechend der Stärke der Reize — eine so heftige, daß es zu einer körperlichen Erschütterung kommt, die so irritierend wirkt, daß der vorher aktuale Vorgang außer Tätigkeit gesetzt, ja so stark irritiert wird, daß selbst die Erinnerung an ihn beeinträchtigt ist. Wir haben vorher darauf hingewiesen, daß auch beim Gesunden sehr starke Reize ähnlich wirken. Möglicherweise erklärt sich auch die retrograde Amnesie bei Schädeltraumen durch die auslöschende Wirkung abnorm starker Einstellvorgänge.

Es ist erklärlich, daß es bei der Auslösung dieser „Schreckreaktion" des Einstellmechanismus nicht auf den Inhalt des Reizes ankommt, sondern nur auf seine Stärke und daß der Inhalt vom Kranken gar nicht angegeben werden kann; der Inhalt kommt ihm ja gar nicht zum Bewußtsein, sondern nur das körperliche Zusammenfahren. Natürlich kann also auch keine dem Inhalt der Reize

entsprechende Reaktion zustandekommen. Hat der Reiz etwa eine Aufforderung enthalten, so wird sie nicht befolgt.

Nun könnte man fragen: wie ist es überhaupt möglich, mit dem Kranken in Kontakt zu treten, wie kann überhaupt eine Einstellung zustande kommen, aus der ein bestimmter Vorgang resultiert? Muß nicht Pat. durch jeden Vorgang nur irritiert werden? Nun zeigt die Beobachtung tatsächlich, daß es nicht ganz leicht ist, den Patienten zur Erfüllung einer Aufforderung zu bekommen. Keineswegs genügt die einfache Aufforderung. Man muß sie mehrfach wiederholen und man sieht, wie Pat. allerlei Bewegungen macht und sich selbst den Auftrag vorspricht. Er beginnt, schrickt zusammen, beginnt wieder. Man hat den Eindruck, daß er sich so allmählich durch allerlei Kunstgriffe in die Situation bringt, aus der heraus die Handlung erfolgt. Es gehört jedenfalls sehr viel aktives Zutun von seiten des Patienten dazu und eine besondere Konzentration auf die Einstellung selbst, die ihn auch schon in dieser Zeit sehr unterschwellig für gewöhnliche Reize sein läßt. Am leichtesten gerät er in eine bestimmte Einstellung, wenn sie direkt aus einer Situation heraus erfolgt, in der er mit seinem ganzen Interesse lebt.

Nur unter günstigen Bedingungen bei allmählich zunehmender Wirkung eines Reizes, einer vorsichtigen Anpassung an den Reiz mit Hilfe allerlei unterstützender Bewegungen von seiten der Patienten kommt es überhaupt zu einer Einstellung auf einen Reiz, auf einen Bewegungsvorgang und zur Möglichkeit einer entsprechenden Reaktion usw. Hat diese Einstellung stattgefunden, so tritt sofort die Absperrung gegenüber allen nicht zur Sache gehörigen Reizen ein, wie sie auch beim Normalen bei außerordentlich starker Anspannung der Aufmerksamkeit auf einen Vorgang statthat.

Wir kommen so zu folgender Auffassung: es liegt bei dem Pat. eine Anomalie der Einstellung vor. Gewöhnlichen, „normalen“ Reizen steht der Organismus „als zu schwach“ achtlos gegenüber, sie werden nicht verwertet, nicht in den aktuellen Vorgang einbezogen, sie wirken nicht modifizierend auf ihn. Dadurch erscheint der grade aktuelle Vorgang abnorm fixiert, er gewinnt ein stereotypes automatisiertes Aussehen, wird nicht in normaler Weise abgebrochen. Erst abnorm starke Reize erzwingen die Einstellung. Die der Stärke der Reize entsprechende, abnorm starke Reaktion führt zu einer körperlichen Erschütterung.

Der augenblickliche aktuelle Vorgang wird unter-

brochen, das Bewußtsein so blockiert, daß die Erinnerung an alles Vorhergehende momentan ausgelöscht und so auch die bewußte Erfassung des Reizes unmöglich wird. Die körperliche Erschütterung allein kommt dem Kranken — als Erschrecken — zum Bewußtsein.

G. hebt hervor, daß er der Kürze der Zeit wegen nur die gröbsten Tatsachen, die sich bei dem Patienten feststellen lassen, auseinandersetzen kann und demonstriert an einem Film die wesentlichen Befunde. Die Demonstration soll vor allen Dingen an einer Reihe von Beispielen zeigen, wie sehr eine einmal gewonnene Einstellung alle weiteren Wahrnehmungen und Handlungen gegenüber der Norm verändert. Bietet man dem Kranken ein Objekt, das eine Einstellung auf eine bestimmte Raumrichtung veranlaßt, läßt man ihn etwa einen nach links gerichteten Pfeil betrachten, so versucht der Patient jedes weiter gebotene Objekt in diese gleiche Richtung zu bringen, ganz gleich, in welcher Richtung es ihm geboten wird, ganz gleich, ob ihm mit Nachdruck die andere Richtung gezeigt wird, ganz gleich, ob es sich um eine geometrische Figur, um das Bild eines Menschen, eines Tieres, um einen Gegenstand, den man ihm in die Hand gibt, handelt. So dreht er z. B. das Bild eines Tieres, das mit der Schnauze nach rechts gerichtet gezeichnet ist, so um, daß das Tier mit der Schnauze nach links zeigt, ein Licht, das er anstecken soll, legt er horizontal mit der Spitze nach links und steckt es so an u. a. m. Wenn er etwa auf die Richtung von oben nach unten eingestellt ist, schreibt er eine diktierte Zahlenreihe oder ein diktiertes Wort so, daß die Zahlen und die Buchstaben senkrecht untereinander stehen. Bietet man ihm eine Reihe verschieden großer Kreise in vom kleinsten zum größten aufsteigender Reihe und danach dieselben Kreise in absteigender Reihe, so versucht er die letzteren umzudrehen, bis sie wie die zuerst gebotenen stehen. Wenn das Objekt etwa nicht beweglich ist, so dreht er seinen Körper so lange, bis das Objekt sich doch in der Richtung zu seinem Körper befindet, auf die er gerade eingestellt ist. Besonders instruktiv ist sein Verhalten, wenn die Raumlage, auf die er gerade eingestellt ist, zu sehr den natürlichen Verhältnissen des neu gebotenen Objektes widerspricht. Er stellt dann bald das Objekt den natürlichen Verhältnissen entsprechend, dann dreht er es wieder entsprechend seiner augenblicklichen Einstellung, dreht es wieder zurück und so weiter in dauernd wiederholtem Wechsel. Er befindet sich offenbar in einem Wettstreit zwischen dem Einfluß der natürlichen Lage des Objektes und dem, den die Einstellung ausübt.

Durch einen Wechsel der Einstellung, die sich sehr einfach dadurch erreichen läßt, daß man ihm irgendein Objekt in einer bestimmten Lage bietet oder ihn eine Bewegung in einer bestimmten Richtung ausführen läßt, läßt sich dauernd das gleiche Verhalten in verschiedenen Variationen nachweisen. Das ganze Verhalten des Patienten trägt den ausgesprochenen Charakter des Zwanghaften.

Als Hauptresultat, zu dem die Analyse des Pat. führt, ist die Erkenntnis der großen Bedeutung motorischer Einstellvorgänge für das gesamte psychische Verhalten hervorzuheben. Die weitere Analyse des Falles scheint weiter geeignet, auf die verschiedensten normal psychologischen und psychopathologischen Probleme Licht zu werfen, wovon nur einiges kurz erwähnt wird. Zunächst ist die Beobachtung wichtig für die Frage der Methodik der Untersuchung. Sie zeigt instruktiv, wie es auf die Methodik ankommt, ob sich eine Leistung bei einem Patienten, sei es eine Sinnesfunktion oder eine motorische Reaktion oder ein Denkvorgang, als normal oder gestört erweist. Macht man z. B. einen gewöhnlichen Reaktionsversuch mit dem Pat., so kann man damit seine Reaktionszeit schon deshalb nicht prüfen, weil schon der Reiz des Zeichens „Achtung" ihn zusammenfahren läßt und damit aus dem ganzen Versuch herausbringt. Wohl aber kann man die Reaktionszeit gut feststellen, wenn man durch eine geeignete Anordnung die Reaktion in einem lebendigen, für ihn eine einheitliche Aufgabe darstellenden Zusammenhang prüft. Wie wir schon vorher andeuteten, drängt die Beobachtung zu der interessanten Frage, ob wir den Pat. als aufmerksam oder als unaufmerksam betrachten sollen, mit ihrem Streiflicht auf das Problem der sogenannten Aufmerksamkeit überhaupt. Wir sehen an ihm, daß es sich bei der sogenannten Aufmerksamkeit nicht um eine vom Subjekt an die Objekte herangetragenen Funktion handeln kann, sondern wie erst das Verhältnis zwischen Subjekt und Objekt, das hier durch eine primär nicht psychische Veränderung modifiziert ist, bestimmend wird, ob der Pat. auf etwas aufmerksam ist oder nicht. Die Eigentümlichkeit, daß Pat. das Streben hat, alles was er tut, sinnvoll zu gestalten und nur solche Wahrnehmungen verwertet, die eine sinnvolle Einbeziehung ermöglichen, muß zu der überaus interessanten Frage veranlassen, wodurch denn etwas sich als sinnvoll, als zugehörig zu einer Aufgabe dokumentiert, und auch zur Klärung dieser Frage bieten die bei dem Pat. festzustellenden Tatsachen Anhaltspunkte.

Für die Pathologie ergeben sich Beziehungen vor allem zur Frage der Perseveration, zu den Zwangsvorstellungen und Zwangs-

handlungen, zum Problem der Hypnose, der Hysterie, schließlich der Bedeutung der Anlage für die Entstehung psychotischer Erscheinungen durch psychische Reaktion auf abnorme motorische Vorgänge.

Man könnte geneigt sein, bei dem Pat. von Perseveration oder Iteration zu sprechen. Wenn man darunter, wie es allgemein üblich ist, das einfache Wiederholen einer einmal ausgeführten Handlung oder eines Gedankens usw. versteht, so wäre das Verhalten des Pat. damit nicht entsprechend charakterisiert. Nicht die einzelne Handlung, sondern die einmal eingenommene Einstellung perseveriert, wie wir es z. B. bei der Einstellung auf eine bestimmte Richtung gesehen haben. Jede andere Richtung erscheint dem Pat. falsch, so wie uns etwa ein auf den Kopf gestelltes Tier. Diese Perseveration der Einstellung bezieht sich, wie wir gesehen haben, keineswegs nur auf motorische Akte, sondern auf jede gerade aktuelle Aufgabe. Bei seinem Verhalten bei komplizierten Handlungen fällt der Unterschied gegenüber den gewöhnlichen Perseverationen und Iterationen besonders deutlich auf. Während die letzteren ganz unproduktiv sind, zeigt das Verhalten des Pat. unter bestimmten Umständen auch in seinen perseverierenden Leistungen eine große Produktivität. Wieweit bei der gewöhnlichen Perseveration übrigens auch eine solche Einstellung auf die Aufgabe eine Rolle spielen mag, wäre noch zu eruieren.

Das Verhalten des Pat. erinnert recht an das mancher Zwangskranker, wenn er wie diese immer die gleiche Handlung wiederholt, wenn er wie diese nur mit Gewalt aus seinem Zustand herauszubringen ist und dies nie ohne psychischen Schock möglich wird. Und doch wäre es falsch, die Handlung des Pat. als Zwangshandlung zu bezeichnen. Während die Handlungen beim Zwangskranken von der Psyche, sei es auch von aktuell unbewußten Erlebnissen bestimmt werden, ist das Verhalten des Pat. durch ganz unpsychische, rein körperliche, motorische Vorgänge bestimmt (cf. Anmerkung am Schluß). Wir haben hier die gleiche prinzipielle Differenz, wie sie zwischen den psychomotorischen Erscheinungen der Katatoniker und den psychischen Reaktionen der Enzephalytiker auf ihre motorischen Vorgänge besteht. Wie bei den Enzephalytikern könnten sich auch hier auf dem Boden der motorischen Erscheinungen psychische Anomalien wie Beziehungsideen, Zwangsideen usw. entwickeln. Daß das aber bei unserem Pat. nicht geschehen ist, zeigt aufs deutlichste, daß noch ein weiteres Moment hinzukommen muß, um zu psychischen Anomalien zu führen, um eine bestimmte Art der Reaktion des Individuums auf die

motorischen Störungen zu veranlassen, ein Moment, das wohl in einer besonderen Anlage des betreffenden Individuums zu sehen sein würde. Unser Pat. hat, weil ihm diese Anlage fehlte, auf die schweren motorischen Anomalien in keiner Weise psychotisch reagiert, sondern nimmt sie entsprechend seinem endogenen Charakter einfach hin. Nicht einmal besonders affektiv reagiert er auf sie. Und dadurch unterscheidet er sich auch scharf von einem Hysteriker. Wie er überhaupt keinerlei hysterische Erscheinungen bietet. Und doch bestehen zweifellos in manchen Punkten zwischen seinem Verhalten und dem eines Hysterikers gewisse Ähnlichkeiten. Man kann bei ihm von einer Einengung des psychischen Blickfeldes sprechen, wie es für die Hysterie charakteristisch ist. Aber auch hier unterscheidet er sich von dem psychisch kranken Hysteriker, daß diese Einengung bei diesem psychisch verankert ist, während sie hier durch einen extra psychischen motorischen Vorgang bedingt ist, dem keinerlei psychisches Äquivalent entspricht.

Anmerkung. An anderer Stelle (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. LVII, H. 4, S. 192) habe ich dargelegt, daß inbezug auf die Entstehung des Zwangshaften bei unserem Patienten und bei den echten Zwangskranken eine Übereinstimmung besteht. Das Zwangshafte sowohl bei den Zwangskranken wie bei unserem Patienten stellt eine abnorme Verstärkung eines normalen Verhaltens dar, eine abnorm starke Wirkung des gleichen physiologisch vorgebildeten Vorganges. Die abnorme Verstärkung wird bedingt durch das Herabsinken des Organismus auf eine primitivere, normalerweise verdeckte, „gehemmte“ Verhaltungsweise, die durch die organische oder die psychische Erkrankung freigelegt und dadurch abnorm wirksam wird.

Versuche über das hämolytische Verhalten des Blutserums bei Geisteskranken.[1])

Von

Dr. **Hermann Goldbladt** und Dr. **Anna Rabinowitsch** †,
ehem. ordinier. Ärzten der Anstalt.

Über die hämolytische Fähigkeit verschiedenartiger chemischer und biogener Stoffe sowie normaler Blutsera liegen bereits eingehende Forschungen mit feststehenden Ergebnissen vor. Auch sind bei Krankheiten, die mit Hämolyse einhergehen — wie Malaria resp. Schwarzwasserfieber, perniziöse und andere schwere Anämien, einige Formen von Ikterus, Leberzirrhose und Milzerkrankung —, zahlreiche Untersuchungen vorgenommen worden, welche darin bestanden, daß bei den betr. Patienten die Auflösung der Erythrozyten quantitativ festgestellt wurde. Dagegen sind die experimentellen Untersuchungen über das hämolytische Verhalten der Blutsera bei verschiedenen Krankheiten arteigenen oder artfremden Erythrozyten gegenüber überaus dürftig und lückenhaft.

In bezug auf das hämolytische Verhalten des menschlichen Blutserums bei somatischen Erkrankungen finden sich folgende Angaben:

Kullmann stellte aus reinem, von Organbestandteilen und Blut möglichst befreitem Karzinommaterial eine hämolytische Substanz äußerst intensiver Aktivität dar. Diese löste nicht nur menschliche Erythrozyten, sondern ebenso prompt solche von Kalb, Schwein, Rind, Kaninchen usw.

Nach den Untersuchungen von *Amerling* ergab das Blutserum von 17 Flecktyphuskranken 11 mal positive Hämolyse („Frisches Serum hämolysierte 1 kcm einer 5 proz. Emulsion der Schafserythrozyten in einer Konzentration von 0,1—0,3 kcm.")

Juschtschenko stellte in seiner „Untersuchung der fermentativen Prozesse bei Geisteskranken" u. a. bei den Kontrollfällen in bezug auf die hämolytische Kraft des Blutserums fest: negatives Resultat bei gesunden

---

[1]) Aus der Provinzialirrenanstalt Jekaterinoslaw (Ukraine), dir. Arzt: Dr. med. V. Krumbmiller, und dem Jekaterinoslawschen Bakteriolog. Institut, Direktor: Prof. W. Padlewski.

Personen (10 Fälle), Urethritis gonorrhoica (1 Fall), Lues II und Lues III (je 2 Fälle — sämtlich mit „606" vorher behandelt), Morbus Basedowi von günstigem Verlauf (2 Fälle); deutliche Spuren von Hämolyse bei Schilddrüsenvergrößerung (1 Fall); deutliche Hämolyse bei Angina gangraenosa, Tuberkulose und Epididymitis gonorrhoica (je 1 Fall), Morbus Basedowi (schwerere 3 Fälle).

Eliasberg fand im Serum von Leprakranken völligen Komplementmangel.

Kafka konstatierte bei seinen, die Serologie der Lues betreffenden Versuchen häufig Komplementverminderung bei Luetikern und „Verlust der hämolytischen Fähigkeit des aktiven Serums (Komplementschwund) in 34 % der luischen, 17 % der metaluischen und 0,5 % der nicht luischen Fälle."

Hieronymus bestätigte durch seine hämolytischen Versuche, die sich vorzugsweise auf Geisteskranke beziehen, den besagten Befund *Kafkas*, indem er bei, mit schwerer Schädigung des Zentralnervensystems einhergehenden Fällen von Lues (und Metalues) Herabsetzung der hämolytischen Fähigkeit des Blutserums fand. *Hieronymus* schließt sich der Ansicht von *Kafka* an, daß der Komplementmangel hierbei als Symptom einer schweren Affektion des Zentralnervensystems aufzufassen sei [1]).

Verminderung resp. Schwund des Komplements konnten ferner *Popoff* und *Bickel* bei geistesgesunden Luetikern feststellen. „Auch *Nathan*, der bei seiner Methodik Komplement und Normalambozeptor nicht differenzierte, beobachtete bei Syphilitikern in 41,4 % eine Herabsetzung des hämolytischen Titers" (zit. nach *Kafka*, Serol. Ergebnisse).

Das hier angeführte Material ist in klinischer Hinsicht zu bunt, in experimenteller zu geringfügig, um daraus bestimmte Schlußfolgerungen zu ziehen. Von Interesse ist jedenfalls die Tatsache, daß bei diesen Versuchen (im Gegensatz zu Lues) fieberhafte Erkrankungen und Krankheiten, die mit Autointoxikation einhergehen (ausgesprochener Basedow, Karzinom), deutliche Hämolyse ergaben.

Ebenso dürftig sind die meines Wissens bisher veröffentlichten hämolytischen Arbeiten auf dem Gebiete der Psychiatrie. (*G.*)

Von den recht zahlreichen, an die Mitteilung von *Much* und *Holzmann* anknüpfenden antihämolytischen [2]) Untersuchungen des Blutserums von Geisteskranken sei in dieser Arbeit abgesehen.

Juschtschenkos Untersuchungsresultate bieten folgendes Bild: Bei allen Paralytikern (12 Fälle) konnte Hämolyse nachgewiesen werden; „bei der Mehrzahl derselben war sie deutlich ausgesprochen", in 3 Fällen von organischer Hirnläsion fehlte Hämolyse, in je 1 Fall von seniler

[1]) Hier seien auch die klinischen Beobachtungen erwähnt, daß es zuweilen bei schweren Fällen einer Allgemeininfektion, z. B. Scharlach, Abdominaltyphus usw., zur Hämoglobinurie, also Hämolyse kommt.

[2]) Unter „Antihämolyse" wird bekanntlich die Hemmung eines hämolytischen Vorganges in vivo oder in vitro verstanden.

Melancholie und seniler Demenz war sie deutlich ausgesprochen; unter 25 Fällen von Dem. praecox wurde in 21 deutliche oder vollständige Hämolyse beobachtet. Diese Tatsache scheint beachtenswert beim Vergleich mit denselben Erscheinungen bei gesunden Personen und bei solchen, die an manisch-depressiven Psychosen leiden", nämlich: unter 10 Fällen von manisch-depressivem Irresein wiesen 8 keine Hämolyse auf. Bei den meisten Idioten und Epileptikern (insgesamt 15 Fälle) wurde eine, wenn auch unvollständige Hämolyse konstatiert.

Bei Paralytikern fanden Komplementschwund oder -verminderung *Eliasberg*, *Weil* und *Kafka*, *Boas* und *Neve*. *Rössles* hämolytische Untersuchungen von 175 Geisteskranken ergaben folgendes: „Bei Schizophrenen, Epileptikern und Kranken mit Psychosen des Rückbildungsalters war der Komplementgehalt ein verhältnismäßig hoher. Die Werte bei Idioten blieben dagegen um ein Beträchtliches hinter diesen Werten zurück"; es zeigten „völligen Komplementschwund aber nur 4 Fälle von Paralyse."

Die Arbeit von *Hieronymus*, welche sich auf 600 Fälle bezieht, ergab außer der oben erwähnten Herabsetzung der hämolytischen Kraft des Blutserums bei Metalues eine Steigerung der Hämolyse bei Schizophrenen und Epileptikern; auch konnte *Hieronymus* bei ca. 30 % der untersuchten geisteskranken Alkoholiker, ferner bei Fällen von andersartiger Psychose, wo Alkohol in erblicher und anamnestischer Beziehung in Betracht kam, verminderte hämolytische Fähigkeit des Blutserums feststellen. (Als Ursache der Herabsetzung resp. Vernichtung der hämolytischen Kraft kommt, nach Ansicht dieses Autors, eine funktionelle Schädigung der Leber in Betracht.)

Ebenso wie *Kafka*, *Rößle*, *Boas* und *Neve* konnte auch *Hieronymus* Schwund resp. Herabsetzung des Ambozeptorgehalts neben Schwund und Herabsetzung des Komplementgehalts relativ häufig bei Metalues nachweisen.

„So unsicher und vieldeutig auch die Ergebnisse all dieser Forschungen sein mögen, so notwendig erscheint doch ihre Fortführung" (*Kraepelin*).

Die vorliegende, aus den Jahren 1918—1919 stammende Arbeit stellt ein Fragment dar, weil die geplante experimentelle Vertiefung als auch eine gedrängte klinische Charakteristik sämtlicher untersuchter Patienten durch den tragischen Tod von Frau Dr. *Anna Rabinowitsch* [1]) und das Verlassen meiner früheren Wirkungsstätte nicht ermöglicht werden konnten. (*G.*) Da es sich jedoch um ein relativ beträchtliches Material handelt und für einzelne Krankheitsgruppen recht charakteristische Hämolyseresultate hervortraten, erscheint die Veröffentlichung gerechtfertigt.

Zur Untersuchung gelangten 111 Fälle, darunter 13 körperlich

---

[1]) Meine Mitarbeiterin und Freundin fiel Anfang 1919 einem Raubmord zum Opfer.

und geistig gesunde Personen, 17 Patienten, die an verschiedenartigen somatischen Erkrankungen litten und 81 psychisch Kranke, deren klinische Diagnose vollständig geklärt war, und zwar: 25 Schizophrene, 15 Manisch-depressive, 12 Paralytiker, 3 Fälle von organischer Psychose, 7 Oligophrene, 13 Epileptiker (Anstaltspatienten), 2 Fälle von akuter Psychose, 3 Fälle von Paranoia chronica [1]) und 1 Alkoholiker.

Bei unseren Versuchen, welche nicht die Bestimmung des Komplement- und Ambozeptorgehaltes, sondern die Bestimmung der allgemeinen hämolytischen Fähigkeit der Sera bezweckten, hielten wir uns im wesentlichen an die von *Kerner* angegebene Technik:

1. Die Erythrozyten stammten in sämtlichen Versuchen von ein und demselben Hammel und kamen nach Zentrifugierung und gründlicher Auswaschung als 5proz. Suspension in 0,85 % Kochsalzlösung zur Anwendung, und zwar in bestimmtem Quantum, als 1 kcm der Suspension.

2. Das Blut wurde den Versuchspersonen aus einer Armvene vor der Mittagsmahlzeit entnommen und sodann das Serum mit einer 0,85 proz. Kochsalzlösung im Verhältnis 1 : 10 verdünnt. Von den derartig verdünnten Sera wurden für den hämolytischen Versuch in jedem Falle mehrere quantitativ verschiedene Portionen, und zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle $^{1}/_{10}$, $^{3}/_{10}$, $^{5}/_{10}$, $^{7}/_{10}$ und 1 kcm verwandt. In 6 Versuchen betrug das Mindestquantum 0,2 resp. 0,3, andererseits ging bei 15 Versuchen das Höchstquantum bis auf 1,5. Somit schwankte die Quantität des unverdünnten Serums in unseren Hämolyseversuchen zwischen 0,01 und 0,15 kcm.

3. Bei sämtlichen Versuchen kam zuvor in jedes sterile Reagenzgläschen 0,85 proz. Kochsalzlösung in einem solchen Quantum, daß nach Hinzufügen von Serum und Erythrozytensuspension das Gemenge genau 3 kcm betrug; bei jeder Reihe von Versuchen diente ein Reagenzgläschen, das ein Gemenge von 1 kcm Erythrozytensuspension und 2 kcm Kochsalzlösung enthielt, zur Kontrolle.

4. Die Reagenzgläser wurden alsdann in den Thermostat (38°) für 2 Stunden und darnach für 18—24 Stunden in den Eisschrank gebracht.

5. Je nach den Untersuchungsresultaten unterschieden wir:

---

[1]) Es bestand in den betr. Fällen kein Zweifel an der Richtigkeit der Paranoiadiagnose, die selbstverständlich große Vorsicht erheischt und beispielsweise in unserer Anstaltsstatistik 1913—1916 nur durch einen Fall vertreten war.

Fehlen von Hämolyse = 0,
schwache Spuren von Hämolyse = *O*,
deutliche Spuren von „ = <
schwache „ = † ,
deutliche „ = ††,
vollständige „ = †††.

6. Bei Fällen, die sich auf verschiedenartige Psychosen beziehen, wurde der Versuch wiederholt. Die Ergebnisse waren hierbei, von geringfügigen Schwankungen abgesehen, bis auf einen Epilepsiefall (s. unten) stets dieselben.

Die erhaltenen Resultate werden durch die nachfolgenden Tabellen veranschaulicht.

Der Allgemeineindruck, der sich aus den Tabellen ergibt, wäre etwa folgender:

Das hämolytische Bild fehlt oder ist — mehr oder minder — schwach ausgeprägt bei den sowohl körperlich als auch geistig gesunden Personen, fernerhin in der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins bei der überwiegenden Mehrzahl der untersuchten Patienten und in der kleinen Paranoiagruppe.

Das hämolytische Bild ist — mehr oder minder — stark ausgeprägt bei den mit einer allgemeinen Infektion behafteten (geistig normalen) Patienten, bei den Oligophrenen und Epileptikern, fernerhin in den Gruppen der Dementia praecox, der Dementia paralytica (u. organischen Psychosen), sowie bei den zwei Fällen von akuter Psychose.

Als fester, einwandfreier Anhaltspunkt für eine vergleichende Analyse der Hämolyseresultate dürfte die „vollständige Hämolyse" gelten. Da eine solche in der Anfangsperiode unserer Versuche relativ selten auftrat, wurde — wie schon erwähnt und aus den Tabellen ersichtlich ist — in 15 Kontrollversuchen die übliche maximale Serummenge von 0,1 überschritten, indem noch 6mal 0,12 und 15mal 0,15 Serum zur Anwendung gelangten. Nur 3mal wurde hierdurch Steigerung des hämolytischen Prozesses konstatiert, so daß wir das für das Serum festgelegte Maximum von 0,1 Kubikzentimeter in weiteren Versuchen beibehielten. Demgemäß bezieht sich die nachfolgende ziffernmäßige Vergleichung der erhaltenen Resultate auf die Rubriken 1—10. Es wäre vielleicht zweckmäßiger gewesen, mit größeren Quantitäten als 0,15 resp. mit einer schwächeren Verdünnung des Serums vorzugehen. Beim Ziehen der Schlußfolgerungen aus unserer Arbeit schien es uns jedenfalls am richtigsten, in jeder Versuchsreihe die Zahlen der „deutlichen" und „vollständigen" Hä-

Tabelle I. Körperlich und geistig Gesunde.

Nr.	Diagnose	Alter	Geschlecht	Serumquantitäten, in $^{1}/_{100}$ ccm ausgedrückt — Hämolyseresultat 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	Klinische Angaben
1		27	M.	0		0		0		<			†			
2		24	M.	0		0		*O*		*O*			<		<	
3		24	M.	0		0		0		0			0		0	
4			W.	0		0		0		<			<			
5		28	W.	0		0		0		0			0	0	0	
6		40	M.	0		0		0		*O*			<			
7		28	M.	0		*O*		†		†			†			
8		17	M.	0		0		<		<			†			
9		23	W.	0		0		*O*		<			†			
10		33	W.	0	<	†	†	††	††	††						
11		24	M.	0	0	0	*O*	<		<			†			
12		46	M.	0		0		*O*		*O*			†			
13		23	W.	0		0		0		*O*			*O*			

Tabelle II. Körperlich Kranke.

Nr.	Diagnose	Alter	Geschlecht	Serumquantitäten, in $^1/_{100}$ ccm ausgedrückt — Hämolyseresultat: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	Klinische Angaben
14	Cancer mandibulae ...	50	M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
15	Spondylitis, Myelitis ..	18	W.	0		0		0		*O*			*O*			
16	Gastritis chron.	40	M.	0		0		0		0			0			
17	Rheumat. muscul.	21	M.	0		0		0		0			0			
18	Neuritis n. rad.	40	M.	0		*O*		<		†			†			
19	Hemiplegia	38	M.	0		0		0		0			0			Hemiplegie u. Jacksonepilepsie nach Hirnverletzung. Blutentnahme 5 Tage nach Krampfanfall.
20	Hernia ing.	46	M.	0	0	0	†	††	††	††	††	††	††			Robuster Körperbau. Blutentnahme vor der Operation.
21	Trachoma		M.	0		<		†		††			††			
22	Abortus	28	W.	0		*O*		††		††			††			Te. norm. Blutentnahme 5 Tage post abortum (2½ mens.).
23	Endometritis	26	W.	0		*O*		†		††			††			Te. norm.
24	Endometritis	26	W.	0		0		0		*O*			<			Te. norm.
25	Endometrit. gonorrh. .	35	W.	0		†		††		††			††			Te. norm.
26	Phlegmone	47	M.	0	<	†	†	†	†††	†††	†††	†††	†††			Fieberzustand.
27	Tubercul. pulmonum...	29	M.	0	*O*	0	<	<	<	<	<	††	††			
28	Typh. abdom.	20	W.	0	††	†††	†††	†††	†††	†††	†††	†††	†††			
29	post Typh. recurr.	27	M.	0	<	<		††		††			††			Rekonvaleszent.
30	Lues II	25	W.	0		*O*		†		††			††			Papulöses Syphilid an Rumpf und Armen.

Tabelle III. Dementia praecox (Schizophrenie).

Nr.	Diagnose	Alter	Geschlecht	Serumquantitäten, in $^1/_{100}$ ccm ausgedrückt — Hämolyseresultat 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	Klinische Angaben
31	Dem. praecox	24	M.	0		0		O		O			<			
32	„ „	26	M.	0		†		††		††			††			
33	„ „	18	W.	0		††		†††		†††			†††			Erkrankt vor 2 Monaten. Hypomanisch, läppische Züge, Manieren.
34	„ „	21	W.	0		<		†††		†††			†††			Erkrankt vor 2 Wochen.
35	„ „	27	M.	0		0		<		†			††			
36	„ „	16	M.	0		O		<		†††			†††		†††	Katatonische Symptome angedeutet.
37	„ „	18	W.			O		<	†	†	†		†			
38	„ „	25	W.	0	0	0	<	<	†	†			†			Krank seit 3Wochen. Ruhig, dement, paranoid, leicht gehemmt.
39	„ „	18	M.	0	0	0	<	<		†			††			
40	„ „	25	W.	0		O		†		††			††			
41	„ „	28	M.	0		††							†††			Erkrankte vor ca. ¾ Jahren. Dement, paranoid, leicht gehemmt.
42	„ „	32	M.	0		<		†		†			†	†	††	
43	„ „	19	M.										†††			
44	„ „	18	W.	0		<		†		†			†			
45	„ „	23	W.	0		<		†		†††			†††			
46	„ „	20	W.	0		O		†		††			†††			
47	„ „	21	W.	0		<		†††		†††			†††			
48	„ „	20	W.	0		O		†		†			†			
49	„ „	45	W.	0	0	0	O	<	†	†	†	†	†			
50	„ „		W.	0		O		<		<			†			
51	„ „	24	W.	0		O		†		†			††			
52	„ „	30		0		0		0		O			O		O	
53	Katatonia	34	M.	0	0	O	<	†	††	††	††	†††	†††			Katatonischer Stupor.
54	„	34	W.	0		<		†		††			††			Kataton. Posen. Raptusartige Erregungszustände.
55	„	28	W.	0		<		†		†			††			

Tabelle IV. Psychosis maniac.-depressiva.

Nr.	Diagnose	Alter	Geschlecht	Serumquantitäten, in $^1/_{100}$ ccm ausgedrückt — Hämolyseresultat												Klinische Angaben
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	
56	Stat. maniac.	23	M.	0	0	0	0	0	O	<	<	<	<			Über 4 Jahre krank. Häufige man. Phasen, abwechs. mit leichten Depressionszuständen.
57	,, hypoman.	33		0		0		0		O			O			
58	,, depress.	42	M.	0		0		0		0			<			
59	,, depress.	19	M.	0		0		0		<			<			
60	,, depress.	26	W.	0		0		O		<			††	††	††	
61	,, maniac.	22	W.	0		<		<		†			†			Euphorie, Größenideen, motor. Erregung.
62	,, maniac.	27	W.	0		O		<		<			†			Seit Jahren krank, jetzt zum 4. mal. motor. Erregung. Logorrhöe, Ideenflucht, Erotismus.
63	,, hypoman.	19	M.	0		0		0		O			<			
64	,, hypoman.	49	W.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
65	,, maniac.	18	M.	0	<	†	††	††	††	††	††	†††	†††			Seit 2 Jahren periodisch krank, jetzt zum 3. mal. Mäßige motor. Erreg.
66	,, hypoman.	40	M.	0		††		††		††			††	††	††	
67	,, hypoman.	34	M.	0		0		O		O			O			
68	,, hypoman.	41		0		0		0		O			<			
69	,, hypoman.	23	W.	0		0		0		O			O			
70	klimakter. Depression	40	W.	0		<		††		††			††		††	Ruhig, geordnet. Depr.-hypochondr. Wahnideen. Vasomotor. Störungen.

Tabelle V. Dementia paralytica. Organ. Psychosen.

Nr.	Diagnose	Alter	Geschlecht	Serumquantitäten, in $^1/_{100}$ ccm ausgedrückt — Hämloyseresultat 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	Klinische Angaben
71	Dem. paral.	38	M.			<	†	†	†	††						Zirka 2 Jahre krank. Ganz verblödet. Paret. Zustand der Unterextremit.
72	„ „	43	M.	0	0	O	<	<	†	††	††	†††	†††			
73	„ „	42	M.	0		<		†		†			††		††	
74	„ „	46	W.	O				††					†††			Weit vorgeschrittener Prozeß mit Lähmungserscheinungen. Subaxill. Abszeß. Te. norm.
75	„ „	45	M.	O	<			††		††			††	††	†††	
76	„ „	43	M.	0		O		<		††			††			
77	„ „	47	M.	0		O		†		††			††			
78	„ „	52	M.	0		O		<		†			††			
79	„ „	38	M.	0		O		†††		†††			†††			
80	„ „	40	W.	0		O		†		††			††			
81	„ „	48	M.	0		0		O		<			<			
82	„ „	52	W.	0		0		O		<			††			
83	Dem. senil.	68	W.	0		<		<		†			†			
84	Lues cerebri	42	M.	0		O		<		††			†††			W.-R. +. Amaurose — Atrophia n. n. opticorum. Leichte Demenz, dazwischen Erregungszustände.
85	Dem. postapoplect. .	51	M.	0		<		†		††			††			W.-R. +. Posthemiplegische Chorea.

Tabelle VI. Oligophrenie, Epilepsie.

Nr.	Diagnose	Alter	Geschlecht	Serumquantitäten, in $^1/_{100}$ ccm ausgedrückt — Hämolyseresultat 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	.15	Klinische Angaben
86	Idiotismus..........	16	W.	0		0		††		††			†††			
87	,, ...		W.	0		0		<		††			††			
88	,, ...	29	M.	0	O	<	<	††	††	††	††	†††	†††			
89	Imbezillitas	26	W.	0		O		†		††			††			
90	,, ...	18	M.	0		O		<					††			
91	,, ...	48	M.	0		0		O		O			<			
92	Debil. mentis.......	27	M.	0		†		†††		†††			†††			Akanthosis nigricans, Hypothyreodismus.
93	Epilepsia	23	M.			<	†	†	†	†						
94	,, ...	20	M.			O	<	†	†	†						Idiotismus.
95	,, ...	38	M.	0	0	0	O	<	<	<	†	†	†			
96	,, ...	42	W.	0		0		<		†			††	††	††	
97	,, ...	48	M.	†		†††		†††		†††			†††		†††	Blutentnahme 20 Stunden nach Anfall.
	,, ...	—	—	0		0		0		†			††			Blutentnahme 6 Tage nach Anfall.
98	,, ...	30	W.	0		0		<		††			†††			
99	,, ...	16	W.	0		0		†††		†††			†††			
100	,, ...	30	W.	O		<		†		††			††			Seit frühester Jugend epileptisch. Seit ca. einem Jahre Dämmerzustände ohne Krampfanfälle. Blutentnahme bei klarem Bewußtsein.
101	,, ...	26	M.	0		0		0		0			O			Blutentnahme 20 Tage nach Anfall.
102	,, ...	28	M.	0		0		0		O			O		O	Blutentnahme 40 Tage nach Anfall.
103	,, ...	24	M.	†		††		†††		†††			†††		†††	Blutentnahme tags darauf nach Anfall.
104	,, (Dem. epilept.)		W.	0		0		0		O			O			Früher schwere epilept. Anfälle, die seit 1½ Jahren sistieren. Ausgesprochene Demenz.
105	,, (Dem. epilept.)	25	W.	0		0		O		O			<			Seit 2 Jahren statt epilept. Krämpfe seltene, leichte Schwindelanfälle. Ausgesprochene Demenz.

Tabelle VII.

Nr.	Diagnose	Alter	Geschlecht	Serumquantitäten, in 1/100 ccm ausgedrückt Hämolyseresultat 1	3	5	7	10	Klinische Angaben
106	Kollapsdelirium (post infect.)	26	W.	0	*O*	††	††	††	Vor 4 Monaten an Grippe erkrankt. Darnach psychische Störung: Bewußtseinstrübung, mot. Erregung, paranoide Wahnideen. Zunehmende Besserung.
107	Psychosis halluc. ac.	18	M.	0	*O*	†	††	††	Erkrankte vor 1 Monat. Rekonvaleszent. Keine motor. Erreg.
108	Paranoia chron.	30	W.	0	0	*O*	*O*	*O*	Systematisierte Wahnideen, keine gröberen intellektuellen Störungen.
109	„ „	42	M.	0	0	*O*	<	<	
110	„ (hallucin.) ..	45	M.	0	0	*O*	<	<	
111	Alkoholismus chron.	40	M.	0	0	*O*	*O*	*O*	Moralisch verkommener Säufer. Seit ¼ Jahr interniert.

molysebefunde zu summieren und die entsprechenden Summen miteinander in prozentueller Berechnung zu vergleichen. (Übrigens ergeben sich, wenn man nur die „vollständige Hämolyse" berücksichtigt, aus unserer Arbeit — bis auf die wenigen Fälle von akuten sowie organischen Psychosen, wo bloß „deutliche Hämolyse" erfolgte — dieselben Resultate.)

In den nachfolgenden Ausführungen bedeuten die eingeklammerten Zahlen, die den einzelnen Rubriken entsprechenden, in $^{1}/_{100}$ Kubikzentimeter angegebenen Serumquantitäten, bei denen zuerst deutliche resp. vollständige Hämolyse auftrat. (So würde beispielsweise 2 × (5) bedeuten, daß in 2 Fällen der betr. Versuchsreihe deutliche resp. vollständige Hämolyse zuerst bei 0,05 Kubikzentimeter Serum nachgewiesen wurde.) H. bedeutet Hämolyse.

Eine genauere Feststellung der erhaltenen Resultate ergibt also folgendes:

Tabelle I. Bei 13 gesunden Personen trat nur in einem Falle deutl. H. (5) auf.

Tabelle II. Unter 12 Krankenhauspatienten, die an verschiedenartigen somatischen Erkrankungen nicht allgemein infektiöser Natur litten, bestand in nur 5 Fällen deutl. H. [3 × (5), 2 × (7)] [1]).

Dagegen bestand bei 5 Patienten, die an infektiösen Allgemeinerkrankungen litten, deutl. H. 3mal (5) (7) (9), vollst. H. 2mal (3) (6), und zwar bezeichnenderweise bei den schwersten Fällen dieser Gruppe — Abdominaltyphus und Phlegmone.

Tabelle III. Bei 25 Fällen von Dementia praecox fand sich 7mal deutl. H. [1 × (5), 2 × (7), 4 × (10)], 9mal vollst. H. [3 × (5), 2 × (7), 1 × (9), 3 × (10)].

Tabelle IV. Unter sogen. manisch-depressiven Kranken ergaben bloß 3 deutl. H. (3), (5), (10) und einer vollst. H. (9).

Tabelle V. In 12 Fällen von Dementia paralytica fiel die H. nur 1mal negativ aus, 8mal war sie deutlich [1 × (5), 4 × (7), 3 × (10)], 3mal vollständig [1 × (5), 1 × (9), 1 × (10)].

[1]) Es sei hier darauf hingewiesen, daß bei den gynäkologischen Fällen (22, 23, 24, 25), dem chirurgischen und dem Trachomfall (20, 21) eine Untersuchung der inneren Organe (z. B. auf Tuberkulose) leider nicht stattgefunden hat. Auch ist in bezug auf die betr. gynäkologischen Erkrankungen die Möglichkeit einer Autointoxikation nicht von der Hand zu weisen, denn bei einem Abortfall kommen „Graviditätstoxine" und bei einer Erkrankung des Uterus innersekretorische Störungen in Betracht (s. *Lindig*). Aus diesen Gründen erheischt die Bewertung der Tabelle II große Vorsicht und wird letztere daher bei der vergleichenden Übersicht der von uns gewonnenen hämolytischen Resultate nicht herangezogen.

Bei einem Fall von seniler Demenz kam es nicht zu deutl. H., wohl aber in einem Fall von Dementia postapoplectica (7), fernerhin wurde bei einem Fall von Lues cerebri mit psych. Störungen vollst. H. (10) festgestellt.

Tabelle VI. Bei 7 Oligophrenen fehlte ausgesprochene H. nur in einem Falle. Das hämolytische Bild der anderen Fälle war: deutl. H. 3 × [2 × (7), 1 × (10)]; vollst. H. 3 × [1 × (5), 1 × (9), 1 × (10)].

13 psychisch kranke Epileptiker (darunter ein Idiotenepileptiker) ergaben deutl. H. 2 × [1 × (7), 1 × (10)]; vollst. H. 4mal [1 × (3), 2 × (5), 1 × (7)]. Andererseits konnten in 2 Fällen von epileptischer Demenz ohne Krampfanfälle, die schon seit 1—2 Jahren sistierten, ferner in 2 Fällen, in denen das Blut 20—40 Tage nach dem Anfall entnommen wurde, nur kaum angedeutete Spuren von Hämolyse nachgewiesen werden.

Charakteristisch ist Fall 97, bei dem tagsdrauf nach dem Anfall eine weit stärkere Hämolyse als 6 Tage nachher zustande kam.

Tabelle VII. Bei je einem Fall von postinfektiösem Kollapsdelirium und akuter halluzinatorischer Verwirrtheit wurde deutl. H. (5) (7) verzeichnet.

3 typische Paranoiker boten ein nahezu negatives Resultat, indem bloß geringfügige Spuren von H. auftraten.

Das gleiche, fast negative Resultat fand sich bei einem moralisch verkommenen Säufer im Abstinenzstadium.

Der oben dargelegte Allgemeineindruck, den eine unmittelbare Besichtigung der Tabellen auslöst, findet nunmehr ziffernmäßige Bestätigung. In jeder der beiden scharf geschiedenen Hauptgruppen (von schwach ausgeprägter, resp. fehlender H. und stark ausgeprägter H.) lassen sich außerdem für die klinischen Untergruppen in bezug auf das hämolytische Bild graduelle Unterschiede nachweisen.

Die nachfolgende, nach den zunehmenden Hämolysewerten geordnete Aufstellung (in welcher diejenigen Krankheitsgruppen, bei denen die Zahl der untersuchten Fälle überaus gering war, in Klammern gesetzt sind) [1], veranschaulicht die Ergebnisse unserer hämolytischen Versuche:

a) sehr schwache oder fehlende H.	Geistige und körperliche Gesundheit; Paranoia chron.
b) schwache H.	Man.-depr. Irresein.

[1] Die „Paranoia chronica" ist, obgleich nur 3 Fälle derselben untersucht sind, nicht eingeklammert, weil es sich ja um eine verhältnismäßig seltene Psychose handelt.

c) starke H. Epilepsie; Dementia praecox; (organische Psychosen).

d) sehr starke H. Infektiöse Allgemeinerkrankungen (akute Psychosen); Oligophrenie, Dementia paralytica.

Im großen ganzen decken sich diese Ergebnisse mit den Resultaten der hämolytischen Experimente *Juschtschenkos* [1]).

Aus den hier vorliegenden Untersuchungen geht hervor, daß nicht bei allen Gruppen von Geisteskrankheiten gleichartige hämolytische Bilder zustande kommen und daß dieselben bei manchen Gruppen von Geisteskrankheiten gegensätzlich voneinander verschieden sind. Ferner: in unseren Versuchsergebnissen nähern sich in bezug auf das negative hämolytische Verhalten des Blutserums die manischen resp. depressiven Kranken den mit keiner Allgemeininfektion behafteten geistig Gesunden, und die Paranoiker sind letzteren gleichgestellt. Andererseits sind in bezug auf die positiven Resultate unserer hämolytischen Versuche diejenigen Psychischkranken, die zu anderen nosologischen Gruppen gehören (als Schizophrene, Oligophrene, Paralytiker, Epileptiker), mehr oder minder Kranken gleichgestellt, die allgemeine Infektion aufweisen. „Der Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und Infektion ist längst bekannt... Nur in letzter Zeit ist es, dank der Vervollkommnung unserer Kenntnisse über das Wesen von Infektion und Immunität, gelungen, eine gewisse Gemeinsamkeit in den biochemischen Prozessen bei Geisteskrankheiten und Infektionen festzustellen. Die Arbeiten in dieser Beziehung werden noch interessanter nach Maß dessen, wie sich die Lehren über Intoxikation und Immunität den Lehren über die sog. fermentativen resp. enzymartigen oder überhaupt katalytischen Prozesse nähern" (*Juschtschenko*).

Besonderes Interesse beansprucht das im allgemeinen schwach ausgeprägte hämolytische Bild in den Fällen von manisch-depressivem Irresein, um so mehr als auch sonstige biochemische und serologische Untersuchungen bei all den Krankheitszuständen, die unter den Begriff des man.-depr. Irreseins gehören, soweit es sich um klinisch unkomplizierte Fälle handelt, in der Regel zu negativen oder nur schwach positiven Resultaten geführt haben.

Beim man.-depr. Irresein verlaufen die betr. Blut-und Serumreaktionen „alle im normalen Rahmen und können daher die Differentialdiagnose

[1]) *Juschtschenko* verwandte für seine Versuche eine 10 proz. Suspension gut durchgewaschener Hammelerythrozyten.

gegen Dementia praecox in weitem Maße unterstützen" (*Kafka*). So heißt es auch in dem eingehenden Sammelreferat von *Müller* über die Differentialdiagnose dieser beiden Krankheitsgruppen: „Was bisher bekannt geworden ist an körperlichen Abweichungen, betrifft fast ausschließlich die Dementia praecox."

Was unsere hämolytischen Versuche anbelangt, so scheinen sie indirekt zugunsten der Annahme zu sprechen, daß den manisch-depressiven Krankheitsbildern keine resp. keine tiefgreifenden innersekretorischen Störungen zugrunde liegen.

(Der positive Hämolysebefund in 4 Fällen dieser Krankheitsgruppe kann — bei dem noch überaus mangelhaften Wissen über Wesen und Ursache des hämolytischen Vorganges — selbstverständlich nur hypothetisch gedeutet werden. Es kommen hier in Frage: ein klinisch nicht nachgewiesener, schizophrener Konstitutionseinschlag oder event. glanduläre resp. Stoffwechselstörungen, die mit dem Wesen der emotionellen Störungen zusammenhängen.)

Überaus charakteristisch ist gleichfalls das vollständig negative hämolytische Bild bei unseren 3 Paranoiafällen (die, wie in den Tabellen vermerkt ist, keinerlei Demenzerscheinungen aufwiesen).

Analog diesem Resultate konstatierten *Pfeiffer* und *de Crinis* bei Paranoia chron. (und Melancholie) normale Antitrypsinwerte — im Gegensatz zu anderen Psychosen, wo die antiproteolytische Serumwirkung mehr oder weniger erhöht war.

Die durch *Kraepelin* bewirkte Erweiterung des Begriffes der paranoiden Demenz und Einengung des der Paranoia haben noch bis vor kurzem fast zu vollständigem Negieren der letzteren seitens mancher Kraepelianer geführt. (Das zeigten u. a. besonders deutlich die Berichte zahlreicher russischer Irrenanstalten, wo die Diagnose Paranoia chronica eine Zeit lang vollständig geschwunden war.) Nun scheint jedoch, wie auch aus der neueren psychiatrischen Literatur ersichtlich ist, gegen eine solche nihilistische Stellung in der Paranoiafrage eine starke Strömung aufgetreten zu sein.

Sollten hämolytische Versuche an einem größeren Material von klinisch erhärteten Paranoiafällen zum selben negativen Ergebnis führen, so wäre das eine gewisse Begründung der klinischen und pathogenetischen Sonderstellung dieses psychotischen Krankheitsbildes.

In bezug auf die progr. Paralyse besteht merkwürdigerweise zwischen unseren sowie *Juschtschenkos* Resultaten einerseits und den Resultaten all der übrigen, obenerwähnten Untersucher andererseits vollkommener Widerspruch: hier beträchtlich Steigerung, dort Verminderung der hämolytischen Kraft des Blutserums. Die Methodik jener Untersucher war allerdings feiner und komplizierter als die unsrige, da sie fast durchweg eine quantitative Bestimmung sowohl des Komplements als des Ambozeptors vornahmen — während wir bloß die allgemeine hämolytische Kraft der Blutsera bestimmten.

Durch die Verschiedenartigkeit der Methodik dürfte aber schwerlich dieser Widerspruch zu erklären sein. Eine Erklärung läßt sich auch nicht

durch den Befund von *Mandelbaum*, welcher im allgemeinen durch andere Forscher bestätigt wurde, schaffen: *Mandelbaum* stellte nämlich fest, „daß der Komplementgehalt im frischen, sofort nach der Gewinnung untersuchten Menschenserum stets der gleiche ist und daß pathologische Sera erst während der folgenden 24 Stunden ihr Komplement einbüßen" (s. *Kafka*, Serolog. Ergebnisse). [Übrigens fehlen leider in unseren Protokollen Angaben über den zwischen Blutentnahme und hämolyt. Versuch liegenden Zeitraum; auch läßt mich mein Gedächtnis in dieser Beziehung im Stich. (G.)] Jedenfalls bedarf der vorliegende Widerspruch in bezug auf den hämolytischen Befund bei der Paralyse einer Klarstellung.

Auffallend ist das stark ausgeprägte Hämolyseresultat in der Oligophreniegruppe.

In analoger Weise zeigten *Benignis* Hämolyseversuche mit Zerebrospinalflüssigkeit von Geisteskranken (deren eigenen Erythrozyten gegenüber) bei Idioten höhere hämolytische Werte als bei Gesunden. Bekanntlich sind bei Idiotismus mit dem *Abderhalden*schen Verfahren in der Regel positive Reaktionen verzeichnet worden.

Ob für derartige Befunde bei Oligophrenen innersekretorische Störungen (wie bei der Dem. praec.) oder durch destruktive resp. entzündliche Hirnprozesse bedingte neurotoxische Vorgänge in Frage kommen, ist schwer zu sagen.

Unsere hämolytischen Resultate in der Epilepsiegruppe stimmen durchaus mit den heutzutage vorherrschenden Anschauungen über die endotoxischen Grundlagen resp. Begleiterscheinungen der sogen. genuinen Epilepsie oder zumindest deren Krampfanfälle überein.

Es muß betont werden, daß sämtliche in den obigen Tabellen festgelegte Untersuchungen mit aktivem Serum ausgeführt wurden. Außerdem wurde (bei 56°, eine halbe Stunde lang) inaktiviertes Serum in 10 Fällen (3 Gesunde, 1 Magenkranker, 6 Geisteskranke) angewandt. Das hämolytische Resultat war, wie das auf Grund der diesbezüglichen experimentellen Erfahrungen in bezug auf Normalsera anzunehmen war, durchweg vollständiges Fehlen der Hämolyse.

Zum Schlusse sei unserer Überzeugung Ausdruck gegeben, daß an einem Massenmaterial von Geisteskranken vorgenommene hämolytische Untersuchungen geeignet sind, nicht nur an einer, bereits angebahnten, pathogenetischen Klassifikation der Psychosen mitzuwirken, sondern auch eine wertvolle differentiell-diagnostische Handhabe zu schaffen.

---

[1]) Für die Unterstützung bei der Ausführung der vorliegenden Arbeit sei an dieser Stelle den Herren Doz. *V. Krumbmiller*, Prof. *W. Padlewsky*, Prof. *A. Juschtschenko* und Dr. *J. Kerner* aufrichtiger Dank gesagt.

Literatur.

K. Amerling, Hämolysin und spezifische Sensibilatrize im Serum Flecktyphuskranker. Casopis lékaruv ceskych 1916, Nr. 50 (refer. in Zentr. f. inn. Med. 1917, Nr. 50).

Benigni, Die hämolytische Fähigkeit der Zerebrospinalflüssigkeit bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten. Giorn. di psich. clin. usw. 1908, Fasc. III—IV; Refer.

W. Hieronymus, Über die hämolytische Wirkung des Blutserums von Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1914, Bd. XXII, H. 4 u. 5 (s. daselbst die Befunde von *Eliasberg*, *Popoff* und *Bickel*, *Weil* und *Kafka*, *Boas* und *Neve*, *Rößle*).

A. Juschtschenko, Untersuchung der fermentativen Prozesse bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1911, Bd. VIII, H. 2.

V. Kafka, Beiträge zur Serologie der Erkrankungen des Zentralnervensystems. Verhandl. d. VII. Jahresversammlung d. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Leipzig 1913, S. 76.

Derselbe, Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden bei Nerven- und Geisteskranken. Berlin, Verlag Springer, 1922, 2. Aufl. S. 91.

Derselbe, Serolog. Methoden, Ergebnisse und Probleme in der Psychiatrie. Handbuch der Psychiatrie, herausg. von Aschaffenburg, Allgem. Teil, 1. Abt., 2. Teil, 1924, S. 13 (Leipzig und Wien, Franz Deuticke).

J. Kerner, Über hämolytische Eigenschaften des oleinsauren Natriums und über den hemmenden Einfluß des Blutserums auf die Hämolyse. Russki Wratsch 1910, Nr. 34 u. 35 (russ.).

E. Kraepelin, Psychiatrie 1909, 1. Bd.

Kullmann, Hämolyse durch Karzinomextrakte. Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 8. (Refer. Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 9, Literaturbeilage S. 362.)

Lindig, Weitere experimentelle Untersuchungen über Uterus und Ovarium als innersekretorisches System. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäkol. 23.—26. Mai 1923, Bericht im Zentralbl. f. Gynäkol. 1923, Nr. 26, S. 1014.)

Much und *Holzmann*, Eine Reaktion im Blut von Geisteskranken. Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 20.

H. Müller, Man.-depr. Irresein und Dem. praec., ihre Unterschiede und ihre Differentialdiagnose. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1922, Bd. XXVIII, H. 4/5.

Pfeiffer und *de Crinis*, Das Verhalten der antiproteolytischen Serumwirkung bei gewissen Psychosen nebst Bemerkungen über die Pathogenese dieser Erkrankungen. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913, Bd. 18, H. 4, S. 428.

A. Strümpell, Lehrb. d. spez. Path. u. Ther. 1922, II. T., S. 219—222.

Ein Fall von Jugendirresein
(Hebephrenie, Dementia praecox)
im Alumnat der Grimmaer Fürstenschule aus dem Jahre 1555.

Von

Dr. med. **Philipp Hildebrand**, Duisburg.

In einem lateinischen Briefe vom 15. Juni 1555 (siehe „Virorum clarorum saeculi XVI et XVII epistolae selectae, edition Ernst Weber, Leipzig, Teubner 1894, Brief 17, p. 18) bittet der damalige Rektor der Grimmaer Fürstenschule (Moldanum illustre) *Adam Siber* seinen Freund, den Leipziger Humanisten und Arzt *Wolfgang Meurer* um Rat wegen eines jungen Menschen der Schulgemeinde, der offenbar an jener Geisteskrankheit litt, die die moderne Psychiatrie als Jugendirresein, Hebephrenie, Dementia praecox bezeichnet.

Der für den Psychiater wie für den allgemeinen Praktiker in gleicher Weise interessante Bericht des Rektors über seinen kranken Zögling hat folgenden Wortlaut:

„Est in ludo nostro adolescens viginti fere annorum. Is specie quadam μελανχολίας videtur correptus. Nam et aliena loquitur et tristibus interim agitationibus vanas imagines concipit. Et veremur, ne augescente morbo plane mente moveatur. Noctu parum dormit et contra naturam, qua antea fuit tristi semper, nunc, si cum eo quis sermonem habeat, apparet hilarior. Interdum de praecordiorum dolore conqueritur et a cibo febricula nonnumquam tentatur."

Unverkennbar treten uns beim Lesen dieser Krankengeschichte die Symptome des Jugendirreseins, der Hebephrenie, vor Augen. Es handelt sich hier um einen jungen Menschen in den Jahren der Pubertätsentwicklung, der nach Aussage seines Lehrers sich schon lange im Zustande der Niedergeschlagenheit, der Depression (natura tristis) befunden hat. Sein Bewußtsein scheint, von den episodischen Erregungszuständen abgesehen, nicht getrübt, auch die

Orientierung über Raum und Zeit erhalten zu sein; denn sonst wäre die erwähnte Unterhaltungsmöglichkeit ausgeschlossen. Dagegen sind Veränderungen im Gedankengange vorhanden, die von *Kraepelin* so genannte „Zerfahrenheit des Denkens", — aliena loquitur, d. h. „der innere Zusammenhang der Vorstellungen ist bei ihm verloren gegangen, es tauchen unvermittelt Einschiebsel auf." (*A. Hoche.*) Hierzu gesellen sich vorübergehende Erregungszustände (tristibus interim agitationibus) mit Wahnbildung (vanas imagines concipit), die anscheinend in letzter Zeit sich derartig wiederholt haben, daß die Umgebung das Allerschlimmste für seinen Geisteszustand befürchtet. Charakteristisch ist ferner der Stimmungswechsel. Die Niedergeschlagenheit hat einer heiteren Erregung Platz gemacht, die sich namentlich beim Gespräche äußert. Das körperliche Befinden läßt gleichfalls zu wünschen übrig: schlechter Schlaf, zuweilen Schmerzen in der Magengegend, ab und zu nach den Mahlzeiten leichte Fieberanfälle, die wohl auf Verdauungsstörungen zurückzuführen sind, auf eine Gastritis acuta, bei der leichte Temperatursteigerungen bekanntlich nicht zu den Seltenheiten gehören.

Alles in allem eine anschauliche Skizze des Jugendirreseins, für die wir dem alten Schulmanne dankbar sein wollen! Leider erfahren wir nichts von dem weiteren Verlaufe der Krankheit.

Ergebnisse des Rorschachschen Versuches bei Oligophrenen.[1]

Von

Oskar Pfister, Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik Zürich.

Unter dem Titel „Psychodiagnostik", Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experimentes (Deutenlassen von Zufallsformen)[2] hat Dr. med. *Herm. Rorschach* 1921 ein neues Verfahren angegeben, das bei Gesunden und Kranken in vielen Fällen überraschend gute und ausführliche Diagnosen erlaubt. Die vorliegenden Untersuchungen verfolgen den Zweck, die Ergebnisse *Rorschachs* bei einer Krankheitsgruppe an einem größeren Material nachzuprüfen.

Der Versuch.

Die Versuchsperson (Vp.) bekommt nacheinander zehn mit teils schwarzen, teils farbigen Klexen bedruckte Tafeln in die Hand, wobei die Frage gestellt wird: „Was könnte das sein?" Dabei ist es freigestellt, die Tafel nach Belieben zu halten, sie als Ganzes zu deuten, oder einzelne Teile herauszugreifen. Die Antworten werden fortlaufend protokolliert, auch Bemerkungen über den Versuch oder auffälliges Verhalten (vgl. besonders „Farbenschock", S. 209) werden aufgezeichnet. Die Tafeln tragen Zufallsformen, die durch Zusammenfalten des Papiers, während die Klexe noch feucht sind, eine symmetrische Verteilung bekommen haben. Jede Tafel der *Rorschach*schen Serie hat ihren besonderen Zweck, so sind solche, die leicht als Ganzes zu deuten sind (z. B. Taf. V), neben solchen, die fast nur in einzelnen Teilen erfaßt werden können (Taf. X), vorhanden, Taf. II und III lösen besonders leicht Kinästhesien aus usw. Um die Ergebnisse verschiedener Vpp. und verschiedener Untersucher miteinander

---

[1]) Aus der kantonalen Pflegeanstalt Rheinau (Dir. Dr. F. *Ris*).
[2]) Bircher, Bern u. Leipzig 1921.

vergleichbar zu machen, muß natürlich immer die gleiche Testserie verwendet werden, oder, wenn neue Tafeln gebraucht werden, so müssen diese sogen. Parallelserien an der Originalserie geaicht sein. An die Protokollierung der so erhaltenen Deutungen schließen sich die im folgenden kurz beschriebenen Verrechnungen und Bearbeitungen an.

Das Versuchsmaterial.

Mit den *Rorschach*schen Tests wurden die Befunde bei 59 Oligophrenen verschiedensten Grades aufgenommen. Nach der üblichen Klassifizierung wären sie einzuteilen in

	Männer	Frauen	Total
Idioten	11	15	26
Imbezille.......	13	11	24
Debile	5	4	9
			59

Verrechnung und Bewertung der Befunde.

Die Deutungen werden in erster Linie nach folgenden Gesichtspunkten bearbeitet:

1. Wie groß ist die Zahl der Antworten?

2. Ist die Antwort durch die Form der Klexe allein, oder außerdem durch Bewegungsempfindungen oder die Farbe der Bilder bestimmt worden?

3. Wird das Bild als Ganzes oder in Teilen und in welchen Teilen erfaßt und gedeutet?

4. Was wird gedeutet?

Die wesentlichen Fragen betreffen also das Formale der Deutungen, erst in letzter Linie wird das Inhaltliche berücksichtigt.

Einzelne interessante, auch diagnostisch brauchbare Beobachtungen sind schon vor der Durchführung des eigentlichen Versuches zu machen. Die Einstellung der verschiedenen, vor die genau gleiche Aufgabe gestellten Vpp., die sich in der Mimik und in sprachlichen Äußerungen zeigt, gibt schon von vornherein gewisse Aufschlüsse. So unterscheiden sich einmal die Oligophrenen insgesamt von intelligenten Vpp., die mehr oder weniger bewußt „deuten“, dadurch, daß sie glauben, in den Klexen etwas „erkennen“ zu

müssen, ungefähr wie in einem Vexierbild. Oder sie sind der Meinung, man wolle sehen, ob ihnen dies oder jenes kompliziert dargestellte Ding bekannt sei. Torpide Leute verraten sich schon vor der ersten Deutung durch ein uninteressiertes Gesicht oder ein allzufrühzeitiges „ich weiß es nicht", Lebhaftere freuen sich über die ihnen gebotene „Unterhaltung", andere geben ihren Intelligenzkomplex zu erkennen, indem sie die Deutungen mit den selbstbewußten Worten: „Glauben Sie etwa, ich wisse das nicht?" einleiten. Wer einige Versuche gemacht hat, kann deshalb auch bei vorher unbekannten Vpp. oft ungefähr erraten, ob sie auf große Ganz- oder Farbzahlen, zahlreiche anatomische Antworten usw. kommen werden.

Die Zahl der Antworten.

Normale geben durchschnittlich 15—30 Antworten, Schwachsinnige sollen „meist über das Mittel kommen, weil die ihnen leicht scheinende Aufgabe sie erfreut". Hier besteht eine deutliche Differenz zwischen *Rorschachs* Angaben und meinen Befunden. Die Vpp. erreichten im Durchschnitt eine Zahl von 21 Antworten, nur 5 Vpp. kamen auf mehr als 30 Antworten. Die Zahlen innerhalb der einzelnen Gruppen sind: Idioten 17,4, Imbezille 21,4, Debile 24,4 Antworten. Die Ursache dieses auffälligen Unterschiedes könnte an verschieden Orten zu suchen sein. Tatsächlich machte der Versuch der großen Mehrzahl meiner Vpp. Schwierigkeiten, wie z. T. direkten Äußerungen, z. T. den verlegenen Gesichtern zu entnehmen war. Häufig war die erste Antwort zu jeder Tafel: „Ich weiß es nicht", „ich habe das nicht gelernt" usw., und erst auf wiederholtes Zureden ließen sich formulierbare Antworten erzielen. Davon ausgehend, daß nach *Rorschach* hauptsächlich affektive Gründe für die Zahl der Antworten maßgebend sind, stellte ich die Antw.-zahlen der Vpp. unter 25 Jahren (es sind deren 8) zusammen, in der Erwartung, dabei Zahlen zu finden, die sich den *Rorschach*schen nähern. Das Resultat war aber eine Zahl, die noch unter dem Gesamtdurchschnitt steht (19,7), sodaß das verhältnismäßig hohe Durchschnittsalter meiner Vpp. (49 Jahre) für diese kleine Antwortzahl nicht in Frage kommt. Dagegen ist es wahrscheinlich, daß der Rassenunterschied zwischen *Rorschachs* Vpp. (Appenzeller) und den hier Untersuchten in dieser Hinsicht eine Rolle spielt. Erstere sind als lebhafte, schlagfertige Leute bekannt, während die Züricher eher als schwerblütig und zurückhaltend gelten. Dem subjektiven Gefühl der Schwierigkeit

entsprechend, das meine Vpp. beim Versuch empfanden, wurde von der Mehrzahl meiner Vpp. die normale Dauer des Versuchs (20 bis 30 Min.) erheblich überschritten. Mehrmals beanspruchte er trotz vielem Zureden 60—70 Minuten.

Form- Bewegungs- und Farbantworten.

„Weitaus die meisten Deutungen bei Gesunden, wie bei Kranken werden durch die Form der Klexe allein determiniert (Formantworten = F) . . Ihnen gegenüber stehen die kinaesthetischen Antworten (B) und die Farbantworten. Die kinaesthetischen sind diejenigen Deutungen, bei denen sich feststellen läßt, daß außer der Form der Klexe kinaesthetische Engramme (Erinnerungsbilder früher gesehener, vorgestellter oder selbstvollführter Bewegungen) determinierend gewirkt haben. Die Vp. stellt sich das gesehene Objekt in Bewegung begriffen vor [1])."

Die Farbantworten sind diejenigen Deutungen, bei denen sich feststellen läßt, daß nicht die Form des Klexes allein, sondern auch deren Farbe, oder die Farbe allein, die Deutung determiniert haben.

a) Die Formantworten.

Die durch die Form der Klexe allein determinierten Antworten werden eingeteilt in solche, die von Normalen häufig gesehen werden (im folgenden als F + d. h. als gut gesehene Formen bewertet) und in unscharfe, schlecht gesehene Formen (F-). Was besser, schärfer gesehen ist, als die häufig gesehenen Formen, wird ebenfalls als F+ bezeichnet. Ausschlaggebend ist also in den meisten Fällen die Statistik der Formantworten der Normalen.

Die relative Spärlichkeit guter Formantworten ist einer der wichtigsten und am regelmäßigsten zu erhebenden Befunde der Versuchsprotokolle Oligophrener. Sie läßt sich erklären aus der Assoziationsarmut dieser Vpp. Um zu jeder Tafel und zu jedem Bildteil eine Antwort zu geben, die, wie die häufigen Formantworten Normaler oder die noch besseren Deutungen, mit dem Klex gut übereinstimmen, braucht es eine Menge von Erinnerungsbildern, unter denen die besten, d. h. ähnlichsten zur Antwort herbeigezogen werden müssen. Nun ist bei Oligophrenen sowohl die Anzahl der zur Verfügung stehenden Engramme beschränkt, als auch die Fähigkeit, unter diesem Material

---

[1]) Eine genauere Definition ist im Abschnitt „Bewegungsantworten" angegeben.

das Zutreffendste auszuwählen. Ferner sind die oligophrenen Engramme insofern ärmlich, als sie nur aus Eindrücken des täglichen Lebens, des Konkreten, Naheliegenden bestehen. Dieses relativ gleichartige Material gibt weniger als der Engrammschatz des Gesunden die Möglichkeit zur „Angleichung" der so verschiedenartig geformten Tests. Alle diese Mängel führen zu einem kleinen F+%, womit das Verhältnis der F + zur Gesamtzahl der Formantworten bezeichnet wird.

Wenn auch zur Beurteilung eines Versuchsprotokolls immer sämtliche Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden müssen, so ist doch zu sagen, daß das F %, als einzelner Faktor genommen, meist den zuverlässigsten Aufschluß über den Grad des Intelligenzdefektes meiner Vpp. gegeben hat. Auf gewisse „Verfälschungen" des F % durch Hängenbleiben an einem „Erfassungsmodus" (Do, G oder an einem stereotypen Inhalt (anatomische Antw.) wird in den betreffenden Abschnitten hingewiesen.

Nach der angegebenen Berechnungsart bekommt *Rorschach* F % Werte von 60 — 100% bei Normalen, für Oligophrene gibt er 0—60% als häufigste Werte an. Er betont, daß Unterschiede von 5% auf- oder abwärts nicht sehr ins Gewicht fallen, da ein gewisser subjektiver Faktor bei der Berechnung nicht auszuschließen ist. Bei den Oligophrenen wird die Möglichkeit unrichtiger Berechnungen dadurch von erhöhter Bedeutung, daß bei der kleinen Zahl der Antworten eine F + mehr oder weniger gleich wesentliche Unterschiede im F% ausmacht. Die bei meinem Material gefundenen Werte dieses Faktors sind: bei Idioten durchschnittl. 30%, Imbezillen 38%, Debilen 48%. Stärkere Abweichungen vom Durchschnitt der drei Kategorien lassen sich fast immer durch Einfluß der oben angegebenen „Verfälschungen" verstehen.

b) Die kinästhetischen Antworten.

Die Entscheidung, ob eine Antwort B (Bewegungsantwort) ist, macht anfänglich am meisten Schwierigkeiten. Nur wenn die Kinästhesie (Bewegungsempfindung) einen primären Anteil am Zustandekommen der Antwort hat, darf sie als B verrechnet werden. Sehr häufig handelt es sich (gerade bei Oligophrenen) in den fraglichen Fällen um Formantworten, bei denen die hineingelegte Bewegung nur „eine oratorische Ausschmückung, eine sekundäre Assoziation ist." So ist es z. B. ein Fehler, eine B zu notieren, wenn die Deutung bei Taf. VIII lautet: „ein Bär, der über einen Felsblock steigt". Der Bär (rot lateral) ist diejenige Deutung, die wohl am häufigsten von allen Bildteilen der Testserie, wegen der leicht erkenn-

baren Form, gegeben wird. Sehr oft werden auch die medial davon liegenden Teile als Eis- oder Felsblöcke bezeichnet. Nun gibt es sich leicht, daß die beiden Deutungen konfabulatorisch zu der genannten Antwort zusammengezogen werden, die aber, da die Bewegung nichts Primäres ist, nicht als B verrechnet werden darf, sondern ein Beispiel einer sog. sekundären B darstellt. Daß eine Kinästhesie dabei nicht im Spiele war, geht auch aus der Vernachlässigung der Lage der gedeuteten Teile im Gesamtbild hervor. Ferner widerspricht der Auffassung der genannten Antwort als B die fast regelmäßig zu beobachtende Tatsache, daß als Träger der erfaßten Bewegung für die meisten Vpp. nur Menschen oder menschenähnliche Tierformen in Frage kommen. Es sei auch hinzugefügt, daß es sich bei den echten B um vorgestellte Bewegungen handelt, die der betreffende Bildteil selbst aktiv zu vollführen scheint, d.h. um eine gegenseitige Lageveränderung der Teile des gedeuteten Objektes. Dies ist der Fall bei Arm- oder Körperbewegungen, die ja die häufigsten B liefern, während z. B. ein starrer Körper, der als Ganzes im Raume bewegt wird (Flugzeug etc.) nicht als B gelten wird. Am leichtesten zu B anregend ist wahrscheinlich Taf. III, bei der Normale häufig „zwei befrackte Männer, die sich verbeugen" sehen. Es ist nach *Rorschach* anzunehmen, daß es dabei eines kinästhetischen Momentes bedarf, um die Kontinuität der in Wirklichkeit unterbrochenen Linien (Trennung zwischen Rumpf und Beinen) herzustellen, so daß eine Ganzantwort zustande kommt, die in diesem Falle als echte, primäre B zu bewerten ist. Gerade da versagen die Schwachsinnigen.

Versuchsprotokolle, die eine größere Anzahl B aufweisen, und namentlich solche, die mehr B als Farbzuflüsse enthalten, lassen auf ein „Vorwiegen der Innerlichkeitsarbeit, des intensiven Rapportes, stabilisierte Affektivität und Motilität, mangelhafte Anpassungsfähigkeit an die Realität, mangelhaften extensiven Rapport" schließen. In Übereinstimmung mit diesem Symptomwert fehlen die B sozusagen regelmäßig bei den schwereren Graden der Oligophrenie (die 49 Idioten und Imbezillen kommen zusammen auf 5 B), während sie bei leichteren Formen nicht so selten sind (9 Debile mit zusammen 5 B). Die Durchschnittswerte *Rorschachs* lauten: Gesunde 1—5 B und mehr, Oligophrene 0, manisch verstimmte Debile 1—2 B. Tatsächlich zeichneten sich die B-produzierenden Vpp. vor dem Gros des gesamten Versuchsmaterials durch gewisse dem Symptomwert der B entsprechende Charakterzüge aus, es waren stille, eher zurückgezogene Leute, einer davon war ein großer Musikfreund.

c) Die Farbantworten.

Die Deutungen, bei denen die Farbe des Klexes eine Rolle spielt, werden in folgende drei Gruppen eingeteilt:

1. Form-Farbantworten (FFb). Dabei wird in erster Linie die Form, in zweiter Linie die Farbe berücksichtigt.

2. Farb-Formantworten (FbF). Bei diesen Antworten spielt die Farbe die größere Rolle als die Form.

3. Primäre Farbantworten (Fb). Die Farbe allein bestimmt die Antwort, die Form wird vollständig vernachlässigt.

In Anbetracht der großen Verschiedenwertigkeit dieser Gruppen (sie bedeuten nach *Rorschach* z. T. direkte Gegensätze) ist es notwendig, auf eine möglichst genaue Zuteilung der betreffenden Antworten in die richtige Kategorie zu achten. Dies gelingt leicht bei den reinen Fb. Beispiele hierfür wären: „Kanarienvogel" (gelbe Flecke medial in Taf. X) oder „Vergißmeinnicht" (blaues Viereck in Taf. VIII). Nicht sicher zu den primären Fb gehörig scheinen die Farbnennungen zu sein, die u. a. für Epilepsie charakteristisch sein sollen, denn wenn eine Vp. einfach bei einem Klex erklärt: „Das ist rot", so ist diese Farbnennung etwas anderes als die rücksichtslose Hingabe an die Farbe mit gleichzeitiger Ignorierung einer gegebenen Form, wie das in den zwei genannten Beispielen der Fall ist. Wenn wir die Vpp., die Farbnennungen geben, zusammenstellen, in der Absicht, dem Symptomwert dieser Antworten näher zu kommen, so zeigt es sich, daß 9 Idioten (= 35%) je eine bis mehrere Farb-, nennungen produzieren. Darunter befindet sich nur eine einzige Vp., die gleichzeitig eine eigentliche primäre Fb (Blut) deutet. Die 17 Farbnennungen der Idioten machen 77% der primären Fb bei dieser Gruppe aus. Bei den Imbezillen finden wir eine einzige Farbnennung (= 4% der imbezillen Vpp. und 7% der primären Fb der Imbezillen), und bei den Debilen fehlen die Farbnennungen vollständig. Klinisch handelt es sich bei diesen Vpp. durchwegs um ausgesprochen torpide, in bezug auf affektive Lebhaftigkeit unter dem Durchschnitt stehende Leute. Da diese Antworten ausschließlich bei Schwachsinn hohen Grades angetroffen wurden, so ist natürlich anzunehmen, daß sie aus Assoziationsarmut entstanden sind. Es machte oft den Eindruck, daß den betreffenden Vpp. das Suchen nach Formantworten so große Schwierigkeiten machte, daß sie, um überhaupt zu Deutungen zu kommen, aus Verlegenheit, und nur, um dem Experimentator den guten Willen zu beweisen, wenigstens die vorliegenden Farben nannten. Sie empfanden den Unterschied

zwischen einer „Deutung" und dem Benennen einer Farbe auch nicht. Wir würden also bei der Bewertung der Befunde die Farbnennungen von den eigentlichen primären Fb trennen und darin den Ausdruck einer hochgradigen Assoziationsarmut sehen. Auf alle Fälle konnten beim vorliegenden Material keine Beziehungen der Farbnennungen zum Symptomwert der primären Fb (vgl. unten) festgestellt werden.

Die FbF und die FFb sind oft nicht mit der gleichen Sicherheit als solche zu erkennen, wie dies bei den reinen Fb der Fall ist. Während intelligente Vpp. häufig selbst angeben können, in welchem Maße die Farbe der Klexe mitbestimmend war, erhält man von Oligophrenen auf die im Zweifelsfalle zu stellende Frage „warum?" in der Regel keine aufklärende Antwort. Oft sind die diesbezüglichen Angaben wahrscheinlich direkt falsch. Unter meinen Fällen kam es z. B. vor, daß bei der ersten ganzfarbigen Tafel (VIII) zum erstenmal „Blumen" gesehen wurden, nachdem die vorhergehenden Tafeln nur zu mehr oder weniger farblosen Deutungen geführt hatten. Obschon in diesem Falle höchst wahrscheinlich die Farbe sogar wichtiger als die Formzuflüsse war, erhielt ich die Antwort „wegen der Form". Direktes Befragen, ob vielleicht die Farbe oder die Form des Klexes die Antwort bestimmt habe (was gelegentlich am Schluß des Experimentes gemacht wurde, um die Vp. nicht von vornherein auf die Möglichkeit der Farbantworten aufmerksam zu machen), scheint die Resultate zu fälschen. Die Vpp. suchen dann aus der Frage herauszuhören, was der Untersucher für „richtig" halte, und bilden dann ihre Antwort danach. Meist machte es einen glaubwürdigen Eindruck, wenn die Vpp. behaupteten, diese Ergänzungsfragen nicht beantworten zu können, auch Normale sind dazu oft nicht imstande. Infolgedessen ist man meist darauf angewiesen, die FFb und FbF nach Analogieschlüssen, basierend auf sicheren Farbantworten intelligenter Normaler, zu bestimmen.

Die in bezug auf den gedeuteten Klex und den Inhalt genau gleiche Deutung muß sogar, je nach dem Zusammenhang mit den übrigen Antworten, das eine Mal als Farbantwort, das andere Mal als Formantwort verrechnet werden. Hierfür ein Beispiel: Eine Vp. deutet in Taf. IX einen „Sommervogel, der das Maul aufsperrt". Betrachtet man diese Deutung isoliert, so würde man bei der sehr vernachlässigten Form des Klexes und weil die Tafel von Vpp. mit zahlreichen Farbantworten hin und wieder als Schmetterling gedeutet wird, wahrscheinlich zu der Bewertung FbF kommen. Trotzdem mußte hier eine reine Formantwort notiert werden und zwar aus folgenden Gründen: Vp. hat im ganzen keine Neigung zu Farbantworten, auch dort nicht, wo sie verhältnismäßig nahegelegt

sind. Taf. II und III, die rote Flecken enthalten, rufen keine Farbantworten hervor, ebensowenig Taf. VIII, die erste ganz farbige Tafel. Ferner deutet er schon einen „Sommervogel" in Taf. VII bei einer ganz schlechten Form (schwarz). Vor allem aber findet er in Taf. VIII einen „Vogel, der das Maul aufsperrt" in der Form eines blauen Klexes, wobei die Farbe bestimmt keinen Zufluß hatte. Aus diesen Gründen kommen wir dazu, die in Frage stehende Antwort, die zum größten Teil konfabulatorisch bedingt sein wird, als F—, ohne Fb-zufluß, zu bewerten.

Beispiele von FFb sind: „Raupen" (unten medial in Taf. X), „Rote Kravatte" (rot medial in Taf. III). Dagegen wäre eine FbF zu verzeichnen in folgenden Antworten: „Sommervogel" oder „Sterne" (gelb medial in Taf. X), „Rotes Holz" (Mittelfigur in Taf. X).

Als Durchschnittswerte gelten für Normale: 1—3 FFb, 0—1 FbF, 0 Fb, in Farbeinheiten (FFb = ½, FbF = 1, Fb = 1½) ausgedrückt: ½—2½ Einheiten. (*Rorschach* stellt die Einheit FbF der Einheit B gleich, weil bei beiden die Form in zweiter Linie berücksichtigt wird. Bei den Fb spielt sie keine Rolle mehr, bei den FFb dagegen eine wesentliche; diese Einheitszahlen geben also an, wie stark sich die betreffende Deutung von der Form gelöst hat). Die *Rorschach*schen Werte für die Oligophrenen lauten:

1—2 FFb,	2—3 FbF,	1—2 Fb	bei Debilen	(= 4—7 Einh.)
1—2 „	2—3 „	2—3 „	„ Imbezillen	(= 5½—8½ „)

(Idioten sind bei *Rorschach* nirgends besonders angegeben.)

In den Farbantworten ergeben sich nun die beträchtlichsten Unterschiede zwischen *Rorschachs* Zahlen und denjenigen, die aus meinem Material hervorgehen. Die hier gefundenen Werte sind:

Idioten	durchschnittlich	0,7 FFb,	1,3 FbF,	0,7 Fb	(2,7 Ein.)
Imbezille	„	0,9 „	0,8 „	0,6 „	2,2 „
Debile	„	0,7 „	1,0 „	0,7 „	2,4 „
	Durchschnitt	0,77 FFb,	1,03 FbF,	0,67 Fb	2,4 Einh.

Das bedeutet eine enorme Farbenarmut gegenüber *Rorschachs* Ergebnissen. Wie diese auszulegen und zu verstehen ist, könnte sich eventuell zeigen, nachdem wir uns nach den Symptomwerten der Farbantworten, die *Rorschach* vorwiegend auf statistischem Wege gefunden hat, umgeschaut haben.

„Die Farbantworten sind die Vertreter der Affektivität. Je mehr Farbantworten auftreten, desto labiler sind die Affekte .... Alles, was sich durch stabilere Affekte auszeichnet, hat keine oder wenige Farbantworten." Die geringe Zahl der Farbantworten deutet demnach, wie die kleine Zahl der Gesamtantworten, darauf hin, daß

die hier untersuchten Vpp. in affektiver Hinsicht weniger lebhaft sind als diejenigen *Rorschachs*. Auch hier bleiben die jüngeren Vpp. wiederum hinter dem Gesamtdurchschnitt zurück, so daß das hohe Durchschnittsalter für die Farbenarmut nicht verantwortlich gemacht werden kann, und wir abermals den Grund der verschiedenen Resultate am ehesten in Rassenunterschieden der Untersuchten suchen müssen. Aus meinen Protokollen ist ein für die Gesamtheit der Oligophrenen typischer Befund aus den Farbenantworten allein nicht herauszulesen, was mit der Tatsache, daß die Oligophrenen als Krankheitsgruppe affektiv keine charakteristischen Merkmale aufweisen, sondern alle Temperamente in gleicher Häufigkeit wie die Normalen besitzen, in guter Übereinstimmung steht. Das einzige gemeinsame Kennzeichen, die oligophrene Hemmungslosigkeit, kommt hauptsächlich im Fehlen der B zum Ausdruck, welche im Versuchsbefund des Normalen die Farbmomente gleichsam kompensieren.

Nach *Rorschach* lassen sich aus der Zahl der einzelnen Untergruppen der Farbantworten besondere Artungen der Affektivität mit Sicherheit erkennen. Es sollen bedeuten:

Die primären Fb : Impulsivität und Reizbarkeit; bei affektiv Stabilisierten fehlen sie vollständig. Dieser Symptomwert ergab sich, wie übrigens sämtliche Bewertungen der *Rorschach*schen „Psychodiagnostik" aus der Statistik.

Die FbF sind viel häufiger als die Fb bei Normalen vorhanden, sie entsprechen der Labilität der Affekte, sie finden sich am zahlreichsten bei Empfindlichen, Reizbaren und Suggestiblen.

Die Fb und FbF sind die Vertreter der egozentrischen Affektivität.

Demgegenüber sind die FFb im Vordergrund bei Vpp. mit anpassungsfähiger Affektivität, sie bedeuten den Willen zur affektiven Anpassung. Je besser dabei die Assoziationstätigkeit (repräsentiert durch scharfe Formen) ist, desto eher wird Vp. in der Lage sein, diesen Willen in die Tat umzusetzen.

Infolge ihrer gegensätzlichen Bedeutung können sich die FFb einerseits und die FbF und Fb andererseits einigermaßen neutralisieren, der bedeutende Faktor B, der stabilisierte Affektivität repräsentiert, kann durch eine größere Anzahl FFb in gewissem Sinne ersetzt werden.

Außer den eigentlichen Farbantworten kommen hier und da noch solche vor, bei denen schwarz oder weiß, oder Schattierungen innerhalb schwarzer Klexe als Farbe mitdeterminierend sind. Analog den eigentlichen Farbantworten werden sie als F(Fb) resp. (Fb)F bezeichnet, wobei die Klammer bedeutet, daß die Farbe schwarz oder weiß war. Die symptomatische Bedeutung dieser Antworten ist noch nicht definitiv abgeklärt. Unter meinen Vpp. sind 13, die zusammen 20 solche Deu-

tungen gaben. Das häufigste Beispiel einer F(Fb) war „Wolken“ als Deutung von Taf. VII.

Die Anwendung der *Rorschach*schen Symptomwerte auf die Farbantworten ergab nun bei unserem Material einen sehr hohen Prozentsatz von Versuchsresultaten, die mit dem klinischen Befund nicht übereinstimmten. Die kleine Zahl der Versuchsprotokolle erlaubt nicht, definitive Zahlen darüber zu geben; dagegen geht mit Sicherhieit aus dem vorliegenden Material hervor, daß manche der *Rorschach*schen Angaben noch umgeändert oder erweitert werden müssen.

Einmal kann die Gesamtzahl der Farbantworten einer Vp. im Widerspruch mit den klinisch zu beobachtenden gemütlichen Eigenschaften stehen. Beispielsweise gaben mehrere affektiv ansprechbare, vergnügte Schwachsinnige überhaupt keine Farbantworten und kamen somit zu dem Befund B 0 und Fb 0, ein Verhalten, das bisher vorwiegend bei Schizophrenen, Depressiven und Zwangsneurotikern gefunden wurde (7 solche Fälle). Anderseits produzierte ein impulsiver, gefürchteter Imbeziller 1 FFb und 1 FbF, während eine Vp. seiner Art nach *Rorschach* wohl viel höhere Farbwerte liefern sollte. Seltener sind hohe Farbwerte bei relativ torpiden Vpp. Am deutlichsten kommt die Unzuverlässigkeit der Farbantworten zum Vorschein, wenn sämtliche Vpp. in einer Tabelle der Farbantworten zusammengestellt werden. Dann kommen von 0 bis zu vielen FFb, FbF und Fb durcheinandergewürfelt, ganz stumpfe, träge Leute unmittelbar neben solche mit bedeutenden affektiven Ansprüchen und Äußerungen zu stehen.

Ebenso häufig widerspricht die Auslegung der Farbantworten nach *Rorschach*schem Schema den Befunden, wenn die Antworten nach ihrer besonderen Kategorie betrachtet werden. Es ist ja auch klinisch keineswegs möglich, die Affektivität sozusagen zahlenmäßig exakt zum Ausdruck zu bringen und gleichsam das Mischungsverhältnis anpassungsfähiger und egozentrischer Affektivität in eine Formel zu fassen. Wir müßten daher mit dem Versuchsergebnis zufrieden sein, wenn es die am deutlichsten hervortretenden affektiven Merkmale wiedergäbe. Auch darin hat der Versuch, wie erwähnt, sehr oft versagt. So weisen mehrere zufriedene, angepaßte, niemals impulsive oder bemerkenswert egozentrische Vpp. 0—1 FFb bei mehreren FbF und Fb auf. Auch das Gegenstück hierzu, das Auftreten mehrerer FFb, 0 FbF und 0 Fb bei bösartigen, impulsiven, stark egozentrischen, selbstbewußten Leuten mit unter-durchschnittlicher Anpassungsfähigkeit, treffen wir nicht selten an.

Aufschlußreich in dieser Richtung wäre vielleicht die Gegenüberstellung einer größeren Gruppe von deutlich erethischen Oligophrenien mit ausgesprochen torpiden Vpp. Unter meinen Fällen befindet sich nur eine einzige erethische Schwachsinnige, so daß hier keine positiven Schlüsse gezogen werden können. Daß sich aber starke Unterschiede zu *Rorschachs* Ergebnissen herausstellen würden, geht schon daraus hervor, daß die Farbsumme jener erethischen Idiotin von zahlreichen ausgesprochen torpiden Vpp. erheblich übertroffen wird. Dagegen zeigte es sich, daß sich jene Vp. zusammen mit einigen anderen affektiv regsamen Oligophrenen von den übrigen durch eine lebhafte Confabulation hervortat. Sie deutete z. B. einen Klex als „Sonnenstrahl" und knüpfte an diese Antwort weitere „Deutungen", wie „Mond" und „Sterne", wobei die zugrunde liegenden Bildteile in Form und Farbe so schlecht zur Antwort paßten, daß die Confabulation, resp. Perseveration als die wesentlichste Determinante angesehen werden mußte.

Wenn auch der Vergleich der Farbantworten mit der Affektivität der Vpp. sehr subjektiv und darum unzuverlässig bleiben muß, so ist doch schätzungsweise anzugeben, daß höchstens die Hälfte der Protokolle mit den *Rorschach*schen Aufstellungen übereinstimmt. Damit ist bereits gesagt, daß bei diesen Faktoren die Unzuverlässigkeit so groß ist, daß eine Diagnosenstellung über die affektiven Verhältnisse aus den Farbantworten der Oligophrenen nicht statthaft ist.

Daß immerhin Zusammenhänge zwischen Farbantworten und Affektivität bestehen, lehrt u. a. auch der sog. Farbenschock. Man versteht darunter einen assoziativen und affektiven Stupor, der beim Auftreten der ersten ganzfarbigen Tafel in Erscheinung tritt. Die Erfahrung lehrte, daß alle einen solchen Farbenschock aufweisenden Vpp. Neurotiker, Affektverdränger sind. Bei Oligophrenen beobachtet man oft das Gegenteil von Stupor bei den farbigen Tafeln. Eine deutliche Anregung durch die Farben zeigte sich darin, daß von Taf. VIII an die Antworten meist plötzlich rascher flossen und zahlreicher wurden, während sich die Reaktionszeit verkürzte. Dieses Verhalten ist offenbar für die Oligophrenen mehr oder weniger charakteristisch. Einen Farbenschock habe ich bei keinem meiner Schwachsinnigen auch nur angedeutet gefunden. Dabei sind einige darunter, die deutliche neurotische Züge aufwiesen. Da auch diese keinen Stupor zeigten, liegt es nahe, anzunehmen, daß die Oligophrenie den Farbenschock verhindere.

d) Die Lage-Antworten.

Außer der Form, der Bewegungsempfindung und der Farbe kann gelegentlich einmal die Lage des Klexes im Bilde eine Deutung bestimmen. Dies ist z. B. in folgenden Antworten der Fall: „Herz" (blauer Klex in der Mitte einer Tafel, viereckig), „Hals" (unbestimmte Schattierungen im obern Teil einer Tafel, nachdem das oberste Stück als „Kopf" gedeutet wurde). Zahlen über die Häufigkeit solcher Lage-Antworten liegen bis jetzt nicht vor. Unter meinen 59 Oligophrenen wurde die Lage bei 7 Patienten im ganzen 18 mal als allein determinierender Faktor gefunden, und es scheint, daß diese Antworten bei Schwachsinnigen besonders häufig sind. Bemerkenswert ist, daß sämtliche Lage-Antworten anatomische Objekte zum Inhalt hatten; näheres ist bei der Besprechung der Deutungsinhalte angegeben. Oft scheint die Lage wenigstens mitbestimmend zu sein, z. B. in Deutungen wie „Rückgrat" (der bei den meisten Tafeln erkennbare Mittelstrich).

Die Erfassungsmodi.

Weitere psychologische Einblicke ergeben sich durch die Fragestellungen: „Wie wird das Bild erfaßt, als Ganzes oder in einzelnen Teilen" und „Welche Teile werden erfaßt?".

In der Frage, „was könnte das sein?", die mit dem Überreichen der Tafeln gestellt wird, liegt eine Aufforderung. eine das ganze Bild betreffende Antwort zu geben. Wie bei einem gewöhnlichen Bild bemüht sich die Vp., den ganzen Klex zunächst mit einem möglichst ähnlichen Erinnerungsbild in Zusammenhang zu bringen. Da dies oft schwierig ist, geht sie dann dazu über, einzelne Bildteile herauszugreifen und zu deuten, die leichter als das Gesamtbild Erinnerungen an bekannte Dinge wachrufen. Diese Bildteile werden ihrerseits wieder eingeteilt in häufiger gesehene (D = Detail), seltener herausgegriffene (Dd = Kleindetail), Zwischenfiguren (Aussparungen) betreffende (Dzw) und die sog. oligophrenen Details (Do).

Von den Ganzantworten sind solche Deutungen abzutrennen, bei denen primär ein Detail gedeutet wurde, von dem aus dann rasch auf das Ganze geschlossen wurde (DG). Beispiel: Vp. sieht in Taf. IX oben die braunrote geweihähnliche Figur und deutet deshalb das Ganze als „Hirsch". Solche Antworten gelten als charakteristisch für Unintelligente und führen zu schlecht gesehenen Formen, F-, wenn auch das die Antwort bestimmende Detail scharf gesehen sein kann.

a) Symptomwert der Ganzantworten (G).

Nach den Erfahrungen, die mit Oligophrenen beim Vorzeigen von Bildern zu machen sind, ist zu erwarten, daß sie eine starke Vorliebe für die Details haben werden und sich als unfähig erweisen werden, Ganzantworten zu liefern. Andererseits ist auch für die Oligophrenen die Tendenz zur Ganzantwort nahegelegt, weil die zu Beginn des Versuches zu stellende Frage eigentlich zur Ganzantwort auffordert. Obschon eine G meist schwieriger zu deuten ist als eine D oder Dd, kann auch der hochgradig Schwachsinnige viele G produzieren. Gerade deshalb, weil er an die Schärfe seiner Formen geringe Ansprüche stellt, wird er durch die F-, die seiner G zugrunde liegt, weniger als intelligente Vpp. dazu veranlaßt, bei den D nach leichter zu findenden guten Formen zu suchen. Die „Psychodiagnostik" sagt aus: „Die Vorliebe für die G bedeutet einen bewußten oder unbewußten Willen zur komplizierteren Leistung. . . sie gehört zum Befund des Intelligenten."

Mehr als 10 G haben Phantasiefreudige, Abstrakte,
7—10 G „ Intelligente und Manisch-Verstimmte,
4— 7 G „ Normaler Durchschnitt,
0— 3 G „ Depressiv-Verstimmte, Pedanten.

Für die Schwachsinnigen lauten die Zahlen:
0—3 G, nur bei manischer Verstimmung erreichen sie 4—7 G.

Bei meinen Vpp. fand ich durchschnittlich:

Idioten............ 2,3 G
Imbezille.......... 2,7 G Gesamtdurchschnitt 3 G.
Debile............ 4,1 G

Die Oligophrenen zeigen, daß eine hohe G-Zahl verschiedene Bedeutungen haben kann. Einmal kann sie aus reiner Gleichgültigkeit und Energielosigkeit resultieren, nämlich dann, wenn der Vp. die (nahegelegte) G trotz schlechter Form eben gut genug ist. Die Anspruchslosigkeit der eigenen Leistung gegenüber führt folgerichtig zu vielen G- (G bei F —).

Andererseits kann es sich um ein gewolltes Streben nach vielen G handeln, was bei Oligophrenen aber seltener ist, und das dann tatsächlich dem „Willen zur komplizierteren Leistung" entspricht. Dies ist etwa der Fall bei hysteroiden Schwachsinnigen mit lebhaftem Intelligenzkomplex.

Aus dem Protokoll gelingt es nun oft, herauszulesen, welche Gründe zu den betreffenden hohen G-Zahlen geführt haben. So

produzierten z. B. zwei Schwachsinnige mit starker Tendenz zur Selbstüberschätzung je über 50% G, beide bewiesen durch über 70% anatomische Deutungen ihren Intelligenzkomplex, so daß in diesen Fällen *Rorschachs* Angabe über die hohe G-Zahl sich bestätigte. In Versuchsbefunden, die keine Indikatoren des Intelligenzkomplexes oder stärkerer affektiver Lebhaftigkeit aufweisen, nehmen wir dagegen an, daß eine hohe G-Zahl der erwähnten oligophrenen Kritiklosigkeit entsprungen sei.

Es ist also notwendig, die G in gut gesehene Ganzantworten, d. h. G. bei F + (abgekürzt G +) und schlecht gesehene (G —) einzuteilen. Erstere bedeuten, in Übereinstimmung mit den Verhältnissen der G bei Normalen, gute intellektuelle Leistungen, während den G — die eben angegebenen assoziativen Mängel zugrunde liegen.

b) Die Detailantworten (D).

Sie machen bei Vpp. aller Arten meist die Mehrzahl der Antworten aus und repräsentieren den Sinn für das Naheliegende, Konkrete. Bei meinem Versuchsmaterial finden sie sich durchschnittlich in gleicher Häufigkeit, wie bei den Normalen.

c) Die Kleindetailantworten (Dd).

Die Neigung zu Dd bedeutet Vorliebe zu Kleinkrämerei, Sichverlieren in Spitzfindigkeiten, sie sind am häufigsten bei Nörglern und zerfahrenen Schizophrenen. Sie sind bei Oligophrenen entschieden häufiger als bei Normalen (s. Erfassungstypus). Hervorzuheben ist, daß sich die oligophrenen Dd von denjenigen der Schizophrenen dadurch unterscheiden, daß sie in bezug auf die Auffälligkeit im Bilde, Größe und Form unter sich ziemlich gleichartig sind, während die Schizophrenen die gewöhnlichen Dd mit ganz bizarren, für Normale schwer zu findenden, zum mindesten nicht in die Augen springenden Bildteilen gemischt, produzieren.

d) Die Detail-Zwischenantworten (Dzw).

Die Dzw „verraten eine Art Oppositionstendenz“ und sind am zahlreichsten gefunden worden bei verschrobenen Normalen; bei den Oligophrenen spielen sie keine große Rolle. Unter meinen Vpp. befinden sich 12 mit je 1—3 Dzw. Die Zusammenstellung dieser Vpp. ergibt keine besonderen gemeinsamen Merkmale, sie zeichnen sich auch nicht etwa durch Renitenz, Negativismus oder Unbotmäßigkeit aus.

e) Die oligophrenen Details (Do).

Sie sollen nach *Rorschach* fast spezifisch für die Oligophrenen sein und im übrigen nur noch bei psychogenen Depressionen (dort —

zum Unterschied von den Schwachsinnigen — bei einem hohen Formprozent) auftreten. Als Do bezeichnet man Deutungen von Körperteilen an Stellen, wo Normale häufig ganze Menschen, resp. Tierfiguren sehen. Als Do würde man z. B. Antworten, wie „Köpfe" oder „Beine", die in Taf. III von Normalen immer zu einer Ganzantwort zusammengezogen werden, bezeichnen. Ungefähr die Hälfte meiner Vpp. lieferte solche Do. Daß aber die Anzahl der Do in einem Befund nicht dem Grad der Oligophrenie parallel gehen muß, geht schon aus folgenden Zahlen hervor:

Es lieferten Protokolle ohne Do: Idioten 40%, Imbezille 50%, Debile 64%. In allen drei Gruppen finden sich also ungefähr gleich viele Vpp. mit und ohne Do. Klinische Unterschiede zwischen Do deutenden und anderen Schwachsinnigen konnten nicht festgestellt werden [1]).

Bemerkenswert ist, daß die Do, wenn sie in größerer Anzahl auftreten, das Formprozent in eigentlich paradoxer Weise verbessern können. Wenn z. B. in Taf. III statt einer Ganzfigur „Köpfe", „Beine", „Hälse" usw. gedeutet werden, so müssen für diese typisch oligophrene Leistung mehrere F + gebucht werden. Etwas intelligentere Vpp. deuten die gleiche Tafel oft so, daß die „Männer" unter Weglassung der „Beine" erkannt werden. Die Verrechnung für diesen offenbar intelligenteren Erfassungsmodus lautet DF—M. So ergibt sich für den Do deutenden Schwachsinnigen ein relativ zu hohes Formprozent, woraus der Schluß zu ziehen ist, daß bei einigermaßen reichlichem Auftreten von Do die Bedeutung des Formprozent zu reduzieren ist.

Die Bestimmung des Erfassungsmodus ist bei Oligophrenen oft dadurch erschwert, daß die Vpp. nicht dazu zu bringen sind, den gedeuteten Bildteil zu zeigen. Wahrscheinlich handelt es sich in der Mehrzahl dieser Fälle um Formen, die weder im Bilde, noch im Engramm der Vp. scharf umrissen sind (F —). Schon aus diesem Grunde ist auf das Verhältnis G : D : Dd kein sehr großes Gewicht zu legen. Bei konfabulierenden Vpp. erlebt man es oft, daß sie z. B. angeben, die Antwort beziehe sich auf das ganze Bild, während mit ziemlicher Sicherheit eine D oder Dd vorliegt. In vielen Fällen läßt sich schließlich aus dem Gesamtbefund heraus der eine oder andere Erfassungs-

[1]) Auch ist die Zunahme der Do von den Debilen zu den Idioten nicht so beträchtlich, daß daraus für die Diagnose etwas geschlossen werden könnte.

modus aufklären, der vorher zweifelhaft war. Immerhin bleibt bei diesen Bestimmungen eine gewisse Unsicherheit, die sich naturgemäß fortsetzt auf

Die Erfassungstypen (Erft).

So bezeichnet *Rorschach* eine Formulierung, die annähernd zum Ausdruck bringen soll, welche Erfassungsmodi im Versuchsbefund verhältnismäßig am meisten hervortreten. Dabei gilt als normales Verhältnis 4 G : 12 D : 1 Dd. Je nachdem in einem Protokoll die G, D, Do usw. sich mehr in den Vordergrund stellen, lautet dann die Formulierung: **G**—D, G—**D**, G—D—**Do** usw. Für die Oligophrenen gibt *Rorschach* an:

Imbezille: D ∓ — Do ∓
Debile: D ∓ — Do ±
Manisch erregte Debile: DG ∓ — D ∓ — Dd ∓

(± vorherrschend gute, aber zahlreiche unscharfe Formen, ∓ vorherrschend unscharfe, teilweise noch gute Formen.)

Im allgemeinen bedeutet ein Erft. **G**—D Vorherrschen mehr theoretischer, G—**D** mehr praktischer Intelligenz. Bei meinen Vpp. sind die Dd relativ zahlreicher als *Rorschach* angibt, die durchschnittliche Verhältniszahl G : D : Dd, die bei allen Gruppen annähernd gleich ist, lautet 1 : 5 : 1. Jedoch läßt sich ein einheitlicher Erft. weder für die Gesamtheit meiner Vpp., noch für die einzelnen Kategorien aufstellen. Eine wesentliche Bedeutung kann er bei den Oligophrenen schon deshalb nicht haben, weil namentlich den G ganz verschiedene Ursachen zugrunde liegen können.

Die Sukzession der Erfassungsmodi.

Es ist von Bedeutung, einigermaßen wiederzugeben, mit welcher psychischen Energie die Vp. die Reihenfolge der G, D, Dd usw. innehält. Diese „Sukzession" hat *Rorschach* mit den Ausdrücken „straff", „geordnet", „gelockert" oder „zerfahren" bezeichnet. Die Mehrzahl meiner Vpp. hat eine geordnete Sukzession, d. h. sie gehen darauf aus, zu jedem Bild womöglich eine G zu geben, lassen sich aber auch herbei, ein Detail zuerst zu nennen, wenn dieses mehr in die Augen sticht und leichter zu deuten ist als das Gesamtbild. In manchen Fällen war die Sukzession eher gelockert, dies war der Fall bei Vpp., denen der Sinn für eine gewisse Methodik, der für eine straffe Sukzession notwendig ist, fehlt, und die deshalb bald ein Dd, bald ein Do usw. herausgriffen, ganz

in der Reihenfolge, wie ihnen die Deutung am leichtesten fiel. Oft war die Sukzession nicht bestimmbar, da fast zu jeder Tafel nur eine Antwort gegeben wurde. Aber auch dort, wo meist zwei Antworten zu jeder Tafel gegeben wurden, blieb die Bestimmung oft fraglich im Vergleich mit Versuchsbefunden mit großer Antwortzahl.

Der Inhalt der Deutungen.

Unter den Deutungen der Klexe interessieren inhaltlich uns vor allem die „Tier-Deutungen", die „Originalantworten" und die „Vulgärantworten".

a) Das Tierprozent.

Die Inhalte der Deutungen Normaler sind zu 25—50% Tierformen. Empirisch wurde gefunden, daß die „relative Anzahl der Tierantworten einen ziemlich verläßlichen Maßstab für die normale, wie auch für die meisten Formen der pathologischen Stereotypisierung darstellt. Bei den Oligophrenen treten oft an Stelle der Tierfigur menschliche Körperteile und, wenn ein lebhafter Intelligenzkomplex dazu tritt, anatomische Objekte". Nach *Rorschach* sind bei den Oligophrenen 70—100% zu erwarten. Ein so hohes Tierprozent entspricht der Ärmlichkeit ihrer Assoziationen und wird im übrigen nur noch von stark stereotypisierten Pedanten, schwer dementen Schizophrenen, Melancholischen und fortgeschrittenen Organischen erreicht. Die Durchschnittszahlen meiner Vpp. sind:

Idioten	61%	
Imbezille	65%	Gesamtdurchschnitt 61%
Debile	58%	

Unter den bei Schwachsinnigen häufigen Stereotypisierungen verdienen die anatomischen Deutungen (Anat.) eine besondere Beachtung wegen ihres Einflusses auf das Formprozent. Es ist ohne weiteres klar, daß solche Deutungen, die übrigens, wenn sie als Stereotypisierungsfaktor auftreten, stets beträchtlich höhere Werte erreichen als das T%, bei Oligophrenen nur bei ganz schlecht gesehenen Formen möglich sind. Je stärker der Intelligenzkomplex in Form zahlreicher Anat. zutage tritt, destomehr leidet darunter das Formprozent, und um so mehr wird die Beurteilung des Intelligenzdefektes aus dem F% unzuverlässig oder ganz unmöglich. So erreichte z. B. ein Debiler mit 72% Anat. ein F% von 10, eine Zahl, die man, für sich betrachtet, den schwersten Idioten zuteilen würde. Daß die Schärfe des Formensehens unter der Sucht

nach anatomischen Deutungen leidet, geht auch daraus hervor, daß sämtliche Deutungen, bei denen eine Determinierung durch die Lage nachgewiesen wurde, anatomische Objekte zum Inhalt hatten. Das bedeutet, daß der übermächtige Intelligenzkomplex nicht nur schlechte Formen in den Kauf nimmt, sondern zur Ermöglichung einer „gelehrten" Antwort in gesuchter Weise ein ganz ungeschicktes Mittel, wie die Lage-Determinierung es ist, herbeizieht.

Die gebräuchlichsten Deutungsinhalte sind außer Tieren, Menschen und Teilen davon: leblose Gegenstände, Pflanzen, Landschaften und Ornamente. Im allgemeinen gilt es als charakteristisch für die Schwachsinnigen, daß die Md und Td (menschliche und Tierdetails) über die Deutungen ganzer Menschen und Tiere überwiegen. Meine Befunde bestätigen dies für die Häufigkeit der M und Md, dagegen fand sich nur eine Vp., die mehr Td als T deutete, im Durchschnitt wurden sogar viermal mehr T als Td gesehen.

b) Das Originalprozent.

Originalantworten (O) sind solche, die unter 100 Versuchen mit Normalen nicht mehr als einmal vorkommen. Je nachdem, ob die zugrunde liegende Form gut oder schlecht gesehen ist, wird die Antwort als O + oder O — bezeichnet.

Die Werte des O% (Prozentsatz der Originalantworten) variieren bei Gesunden außerordentlich stark. Mittlere praktische Intelligenzen kommen auf 0—10%, Künstler bis 50%, Weltfremde bis 100%. Für Oligophrene gibt *Rorschach* an 30—70%. Bei den vorliegenden Untersuchungen produzierten die Idioten 51%, die Imbezillen 42%, die Debilen 32%. Dabei waren die O der Idioten und Imbezillen fast ausschließlich O —, während bei den Debilen schon einige O + vorkamen.

Die O geben im allgemeinen einen Hinweis auf die Lösbarkeit des Denkens von den alltäglichen Dingen. Daß aber auch andere Gründe dahinterstecken können, lehren uns gerade die Oligophrenen. Ihre hohen O-werte kommen zum größten Teil dadurch zustande, daß die Vpp. sich von einem Vorstellungsgebiete schwer lösen können und Tiere, resp. Körperteile etc. auch da deuten, wo der normale Durchschnittsmensch die Zufallsformen besseren, ähnlicheren Engrammen angleicht. So kann eine hohe O-zahl durch das Gegenteil einer starken Originalität, d. h. durch das Hängenbleiben an den allereinfachsten Dingen entstehen. Damit steht im Einklang, daß von den Oligophrenen die Idioten am meisten, die Debilen am wenigsten O aufweisen.

c) Die Vulgärantworten (V).

Diese Kategorie von Antworten ist in der „Psychodiagnostik" noch nicht erwähnt; zum erstenmal treffen wir sie an in einer von *E. Oberholzer* herausgegebenen Publikation: „Zur Auswertung des Formdeuteversuchs für die Psychoanalyse", die nach einem Vortrage *Rorschachs* über einen sorgfältig durchgearbeiteten Einzelfall berichtet[1]). Nach der dort angegebenen Definition sind als Vulgärantworten zu bezeichnen „diejenigen Deutungen, die ungefähr von jeder dritten normalen Vp. gegeben werden" (S. 243). Über den Symptomwert dieser V sagt dieselbe Publikation aus: „Die V repräsentieren die Anteilnahme an der Auffassungsweise der Kollektivität" . . . „ein Faktor, der über die intellektuelle Anpassungsfähigkeit der Vp. weiteres auszusagen vermag" (S. 255). Demnach stehen die V in genauem Gegensatz zu den O. Zahlen über die Häufigkeit der V liegen bis jetzt nicht vor. Die Befunde bei meinem Material sind folgende:

Idioten 8,5%, Imbezille 11,3%, Debile 15,3% V.

Diese Zahlen beweisen die Gegensätzlichkeit der V zu den O und stehen im Einklang mit dem angegebenen Symptomwert, indem sie vom Idioten zum Imbezillen und Debilen steigen. Im V% besitzen wir einen wesentlichen, das „Psychogramm" bereichernden Faktor, dem, wie die Betrachtung der einzelnen Befunde ergab, eine große Zuverlässigkeit eigen ist. Eine Zusammenstellung sämtlicher Vpp. nach der Anzahl ihrer V ergab von O bis zu vielen V eine stetig zunehmende Anpassungsfähigkeit. Bei den höheren Werten befanden sich alle diejenigen, die im Anstaltsbetrieb zu Haus- und Feldarbeiten verwendet werden konnten, während die Vp. mit wenig V im Leben die unpraktischen, unbrauchbaren waren. Eine Tabelle, die in einem Koordinatensystem die V (intellektuelle Anpassung) und die FFb (affektive Anpassung) vereinigte, gab dagegen ein irreführendes Bild, indem durch das Versagen der Farbantworten die gut und die schlecht angepaßten Vpp. gänzlich durcheinander geworfen wurden.

Der Erlebnistypus.

Rorschach widmet ein größeres Kapitel seines Buches der Betrachtung des Verhältnisses B : Fb, das er als „Erlebnistypus" betitelt. Er zieht aus diesem zahlenmäßigen Verhältnis der Farbant-

[1]) Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. LXXXII, 1924. Springer, Berlin.

worten zu den Bewegungsantworten wichtige Schlüsse über die Mischung „extratensiver und introversiver Momente“, über Charakter und Talente seiner Vpp. Im allgemeinen gilt für Gesunde und Kranke folgendes:

Überwiegen der

Kinästhesien:	Farben:
Differenziertere Intelligenz	Stereotypisiertere Intelligenz
Eigenproduktivität	Reproduktivität
Leben nach innen	Leben nach außen
Stabilisiertere Affektivität	Labile Affektivität
Weniger Anpassungsfähigkeit an die Realität	Mehr Anpassungsfähigkeit an die Realität
Mehr intensiver als extensiver Rapport	Mehr extensiver als intensiver Rapport

Die Oligophrenen, bei denen wir den Erlebnistypus OB : *x*Fb fast ausnahmslos gefunden haben, bestätigen diese Angaben deutlich. Es fehlt ihnen jede Veranlagung zur Innerlichkeit, zur Eigenproduktivität usw., während sie mit dem Hervorkehren ihrer Affekte im allgemeinen nicht zurückhalten. So fügen sie sich insgesamt in das obige Schema des Fb-typus („extratensiver Typus“) ein.

Es wurde versucht, am vorliegenden Material die Frage zu prüfen, ob ätiologisch einheitliche Oligophrenien Versuchsbefunde mit gemeinsamen Merkmalen liefern. Dabei mußten seltenere organisch bedingte Formen (Hydrocephalus, Hirntrauma, postmeningitische Oligophrenie usw.) deshalb ausscheiden, weil sie nur durch je eine Vp. vertreten waren. Dagegen waren 7 der Untersuchten typische Kretinen, bei denen nun gesucht wurde, ob sich ihre Protokolle durch gemeinsame Merkmale auszeichnen. Das Ergebnis war ein negatives, bedingt durch das Versagen der Farbantworten, die bei diesen Vpp., in weiten Grenzen schwanken (0—7 Einheiten, bald überwiegen die FFb, bald die FbF). Dabei sind alle auch psychisch typisch kretine, also schwer bewegliche, aber zugängliche und gemütliche Leutchen. Die übrigen Versuchsfaktoren, Formprozent, Vulgär- und Originalantworten etc. stimmen mit den klinischen Verhältnissen recht gut überein. Jedoch läßt sich aus den psychischen Eigenschaften, die durch diese Faktoren repräsentiert werden, die kretine Psyche nicht erkennen, so daß der Versuch also keine Möglichkeit gibt, die kretine Oligophrenie zu diagnostizieren.

Es ist wahrscheinlich, daß auch andere ätiologische Gruppen sich ebenfalls nicht zu erkennen geben, da die gemeinsamen Eigenschaften, wenn sie überhaupt vorhanden sind, auf affektivem Gebiet liegen.

Nach dem, was über die Zusammenhänge der Farbantworten und der Affektivität gesagt wurde, ist nicht zu erwarten, daß die Lebhaftigkeit des Mikrocephalen, die Reizbarkeit des Traumatikers usw. aus dem Protokoll herauszulesen ist.

Schließlich wäre noch über diejenigen Fälle kurz zu berichten, bei denen der Versuch nicht anwendbar war. Von vornherein schieden unter den Oligophrenen von Alt-Rheinau für den Versuch aus wegen

Taubstummheit............	15	männliche	und	18	weibl.	Pat.
Unverständlicher Sprache...	37	„	„	36	„	„
Schwerer Augenstörungen	2	„	„	3	„	„
	54	„	„	57	„	„
Zusammmen			111 Patienten.			

Außer diesen Fällen, die infolge von Defekten der Sprach- und Sinnesorgane von der Durchführung des Versuches ausgeschlossen wurden, kommen nun noch solche vor, die aus psychischen Gründen kein verwertbares Resultat lieferten.

Eine große Zahl von Vpp. geriet anfänglich in einen Stupor und erklärte mehr oder weniger bestimmt, „nicht zu wissen, was die Bilder bedeuten sollen" oder „sie hätten das noch nie gesehen oder gelernt". Meist ließen sich durch Zureden doch noch formulierbare Deutungen erzielen. Diejenigen Fälle, wo dies nicht gelang, sollen hier kurz erwähnt werden.

Im ganzen versagten auf diese Weise 7 Vpp. In einem Falle verhielt es sich so, daß der betreffende Pat. überhaupt nicht dazu gebracht werden konnte, die Tafeln anzusehen. Er erklärte, „das habe keinen Wert", „er sei nicht für das da" usw. Es handelte sich um einen Imbezillen, der seit längerer Zeit gegen seine Umgebung sehr mißtrauisch war, wie dies bei Schwachsinnigen manchmal vorkommt, und der auch hier eine Falle witterte, von der er sich nicht fangen lassen wollte.

Eine 48jährige Imbezille von infantilem Habitus verfiel in einen unüberwindlichen Examensstupor. Nachdem sie trotz allem Zureden bei den ersten Tafeln nichts Bekanntes gefunden hatte, brach sie in ein Geheul aus und kam zu keiner Antwort. Ein später angestellter Versuch endete mit dem gleichen Resultat. Der Mißerfolg war einesteils überraschend, weil Vp. sonst ziemlich zutraulich ist und an Bildern, farbigen Bändern etc. große Freude hat. Andererseits ist sie oft dem Weinen nahe, wenn sie vor eine ihr schwer scheinende Aufgabe gestellt wird; durch die Frage $2 + 2 = ?$ gerät sie in

größte Verlegenheit. Da sie die Erfahrung machte, daß sie durch Tränen solchen Schwierigkeiten entrinnt, erreichte sie das Abbrechen der ihr unangenehmen Situation mit ihrem bewährten Mittel.

In einem anderen Falle gab sich Vp. viele Mühe, die Klexe mit ihr bekannten Dingen in Zusammenhang zu bringen. Sie schaute sich im Zimmer um, ob sie etwas finde, das den Bildern ähnlich sehe, und bat auch um eine Andeutung, was es ungefähr sein könne, brachte aber keine Antwort zustande. Offenbar konnte sie die „Angleichungsarbeit" aus Assoziationsarmut nicht leisten, wollte aber nichts Dummes sagen, so daß wir diese Art des Versagens über das kritiklose Antworten der hochgradig Schwachsinnigen stellen müssen.

Eine debile Hysterika machte sofort Kehrt, als sie die Tafeln sah. Unter der Türe wetterte sie, „sie sei kein Idiot, da sehe man wieder, wofür sie gehalten werde" usw. Darauf tagelange Verstimmung. Der sehr empfindliche Intelligenzkomplex war dadurch berührt worden, daß sie mit dem gleichen Mittel wie die Idioten (was sie richtig herausgefunden hatte) untersucht werden sollte.

Der Versuch wurde auch mit drei schweren Idioten gemacht, die nur über wenige Worte verfügen. Sie reagierten alle drei in gleicher Weise auf die Tafeln, indem sie fröhlich grinsten, mit dem Finger einige Bildteile zeigten (meist sehr ungewöhnliche —D—), aber keine Deutungen gaben. Der eine nannte wenigstens die Farbe rot (Anregung durch die Farben!). Als diesen Vpp. ein Kinder-Bilderbuch vorgelegt wurde, bezeichneten zwei davon die meisten menschlichen Figuren als „Männer", während die dritte keine verständlichen Äußerungen von sich gab. Bei allen drei Vpp. scheint also die Fähigkeit, Bilder zu erkennen, in dem Maße mangelhaft zu sein, daß das Mißlingen des Versuches sich mit diesem Defekt allein vollständig erklären läßt. Denn zur Bildung einer Antwort ist ja notwendig, daß aus dem Klex durch psychische Arbeit zuerst ein Bild gemacht wird, indem man sich Linien und Flächen, die mit dem vorschwebenden Engramm nicht übereinstimmen, wegdenkt und sich an deren Stelle unter Umständen passendere gesetzt denkt.

Zusammengefaßt wären die Ursachen des Mißlingens demnach folgende:

Unfähigkeit des Erfassens von Bildern	3 mal
Unfähigkeit der „Angleichungsarbeit"	1 mal
Examenstupor	1 mal
Unüberwindliches Mißtrauen	1 mal
Verletzter Intelligenzkomplex	1 mal

Die kleine Zahl von mißlungenen Versuchen bei Personen, die überhaupt der Erlernung der Sprache fähig waren, spricht für die Eignung der Methode auch bei sehr schwer zugänglichen Oligophrenen. Von Bedeutung scheint es vor allem zu sein, daß nur eine einzige Vp. bei der Leistung der „Angleichungsarbeit" versagte.

Anhang.

A. Moralische Defekte.

Es interessierte uns, wie die Versuchsergebnisse bei moralisch Defekten ausfielen, namentlich in bezug auf die für die Intelligenz maßgebenden Faktoren. Die Zusammenstellung von drei Patienten, die nur wegen moralischer Defekte in die Anstalt eingewiesen wurden, ergibt folgende Verhältnisse [1]):

Antw.:	G	DG	D	Do	Dd	Dzw	B	F	FFb	FbF	Fb	F%	T%	O%	V%
22	5+	0	16	0	1	0	1	16	2	2	0	75	59	18	18
14	7+	1	6	0	0	0	1	12	0	0	0	91	50	10	28
23	6(1 —)	0	13	0	4	0	1	22	0	0	0	78	56	17	22

Alle drei produzierten noch je 1 F(Fb).

Der Unterschied zu den Schwachsinnigen ist sehr deutlich, vor allem im Formprozent, dann auch in den G-antworten, die reichlich und mit einer einzigen Ausnahme gut gesehen sind. Dies müssen wir als tatsächlich kompliziertere Leistung anerkennen. Ferner finden wir bei allen sichere B-Antworten, die Repräsentanten der Eigenproduktivität. Die Do fehlen vollständig und das V% hält sich auf der Höhe des Durchschnitts. Inhaltlich ist nichts Besonderes festzustellen.

Ohne aus dem kleinen Versuchsmaterial weitere Schlüsse ziehen zu wollen, möchten wir doch darauf hinweisen, daß diese Befunde, die übrigens mit der klinischen Beobachtung durchaus übereinstimmen, neue Belege dafür darstellen, daß ein moralischer Defekt nicht selten ohne gleichzeitigen intellektuellen Defekt bestehen kann.

B. Mischformen.

Zu Vergleichszwecken wurden mit der *Rorschach*schen Serie auch die Befunde bei einigen schwachsinnigen Schizophrenen und schwachsinnigen Epileptikern aufgenommen. Da die Zahl dieser Vpp. aber zu klein ist (4, resp. 3 Vpp.), um definitive Schlüsse aus den

[1]) Vgl. Tabelle S. 223.

Ergebnissen zu ziehen, so sei hier nur mitgeteilt, daß das unerwartete Resultat war, daß im Protokoll sämtliche schizophrenenen resp. epileptischen Merkmale vollständig fehlten. Der Intelligenzdefekt kam dagegen in gewohnter Weise zum Ausdruck. Alle 7 Fälle waren klinisch leicht erkennbare Mischformen. Es scheint also, daß der Schwachsinn im Versuchsbefund hier wie bei den neurotischen Schwachsinnigen (S. 209) die Äußerung der erworbenen Störung verdeckt.

Zusammenfassung.

I. Der *Rorschach*sche Formdeuteversuch eignet sich als Intelligenzprüfung für alle Grade der Oligophrenie. Vor den üblichen Untersuchungsmethoden hat er eine Reihe von Vorzügen voraus, von denen die wichtigsten sind:

a) Die Durchführung des Versuches ist einfach und die Versuchspersonen aller Intelligenzgrade sind meist leicht dazu zu bringen, auf den Versuch einzugehen. Auch tiefstehende Idioten geben brauchbare Protokolle.

b) Die Versuchspersonen werden vor eine für alle genau gleiche Aufgabe gestellt, wodurch die Resultate ohne weiteres vergleichbar werden.

c) Das Schulwissen spielt dabei keine große Rolle, nur wirklich intelligente Vpp. schneiden im Versuch gut ab.

II. Die Versuchsresultate sind recht zuverlässig in bezug auf die Erkennung des Grades und der speziellen Art des Intelligenzdefektes, sofern die Befunde in ihrer Gesamtheit überblickt und eingeschätzt werden. Die Eigenschaften der Oligophrenen als Krankheitsgruppe kommen in den vorliegenden Durchschnittszahlen deutlich zum Ausdruck.

III. Die bei Normalen für die Affektivität geltende Auswertung der Farbantworten hat bei unseren Oligophrenen keine Gültigkeit. Ungefähr die Hälfte meiner Fälle widersprechen den *Rorschach*schen Aufstellungen.

IV. Die wesentlichsten aus dem vorliegenden Material hervorgehenden Widersprüche und Ergänzungen zu *Rorschachs* Angaben sind folgende:

1. Die Zahl der Antworten unserer Oligophrenen steht durchschnittlich unter dem Mittel der Normalen.
2. Die Farbantworten sind viel weniger zahlreich als *Rorschach* angibt, sie erreichen nicht einmal das Mittel der Normalen.

Sie geben keine Anhaltspunkte zur Erkennung der Affektivität. Farbnennungen machen bei Idioten 77% der primären Fb aus.

3. Antworten, die durch die Lage der Bildteile bestimmt sind, scheinen für Oligophrenie charakteristisch zu sein.
4. Do (oligophrene Details) fehlen in ungefähr der Hälfte der Fälle.
5. Dem Erfassungstypus kommt bei den Oligophrenen keine wesentliche Bedeutung zu, da den Ganzantworten ganz verschiedene Determinanten zugrunde liegen können.

V. Die Zuverlässigkeit der wichtigsten Versuchsfaktoren und die Möglichkeit der Klassifizierung nach Graden der Oligophrenie geht aus folgender Zusammenstellung hervor:

	F+%	B	Fb			G	T%	O%	V%
Oligophrene durchschn.	35	0	0,8 FFb	1,0 FbF	0,7 Fb	3	61	41	11,7
Idioten....	30	0	0,7	1,3	0,7	2,3	61	51	8,5
Imbezille ..	38	0	0,9	0,8	0,6	2,7	65	42	11,3
Debile	48	0—1	0,7	1,0	0,7	4,1	58	32	15,3
Normale (n. *Rorschach*)	60—100	2—4	1—3	0—1	0	4—7	30—35	0—20	?

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. *Bleuler* für die Anregung zu der Arbeit und das Interesse, das er ihr entgegenbrachte, Herrn Dr. *E. Oberholzer* in Zürich für die Einführung in die Methode und die Überprüfung sämtlicher Versuchsprotokolle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

20. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen am 25. Oktober 1924 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Anwesend: *Almann*-Kiel, *Andrae*-Kiel, *Anschütz*-Kiel, *Behr*-Hamburg, *Benning*-Bremen, *Billian*-Kiel, *Bloßer*-Kiel, *Böhmer*-Kiel, *Bolte*-Bremen, *Brunn*-Kiel, *Bürger*-Kiel, *Burmester*-Kiel, *Buß*-Kiel, *Cimbal*-Altona, *Clemens*-Hamburg, *Coing*-Kiel, *Dabelstein*-Schleswig, *Delbrück*-Bremen, *Draeseke*-Hamburg, *Eichbaum*-Schleswig, *Engelsmann*-Kiel, *Fensterer*-Kiel, *Flecke*-Kiel, *Fieting*-Kiel, *Fliedner*-Kropp, *Fränkel*-Hamburg, *Gennrich*-Kiel, *Gericke*-Rickling i. Holst., *Goldbeck-Löwe*-Kiel, *Grauhan*-Kiel, *Grooger*-Kiel, *Gros*-Kiel, *Hagemann*-Kiel, *Hanse*-Kiel, *Hartmann*-Kiel, *Hermel*-Rinteln a. d. W., *Hinrichs*-Neustadt i. H., *Hinrichsen*-Kiel, *Hofmann*-Kiel, *Holzmann*-Hamburg, *Hoppe*-Kiel, Horn-Kiel, *Jacob*-Hamburg, *Jaspersen*-Preetz, *Johannsen*-Kiel, *Josephy*-Hamburg, *Kafka*-Hamburg, *Kantorowicz*-Kiel, *Kirschbaum*-Hamburg, *Klingmüller*-Kiel, *Kleyser*-Kiel, *Kobert*-Holst. Schweiz, *Korbsch*-Kiel, *Körtke*-Hamburg, *Krömer*-Schleswig, *Krienfeld*-Kiel, *Koppel*-Hamburg, *Kurth*-Kiel, *Lange*-Kiel, *Langelüddeke*-Hamburg, *Lehmann*-Kiel, *Lienau*-Hamburg, *Lua*-Hambg.-Langenhorn, *Lützerath*-Neustadt, *Markmann*-Kiel, *Matzdorf*-Hamburg, *Mau*-Kiel, *Melchert*-Rostock, *Meyer*-Kiel, *Metz*-Neustadt i. H., *Müller*-Kiel, *Nagel*-Kiel, *Neddermann*-Kiel, *Oeser*-Kiel, *Onari*-Hamburg, *Ostmann*-Schleswig, *Otterpohl*-Kiel, *Pahlke*-Kiel, *Petersen*-Kiel, *Pette*-Hamburg, *Rehm*-Bremen, *Reinelt*-Osnabrück, *Repkewitz*-Schleswig, *Riedel*-Lübeck, *Riege*-Kiel, *Rittershaus*-Hamburg, *Rosenfeld*-Rostock, *Rücker*-Kiel, *Runge*-Kiel, *Rust*-Schwerin, *Siemerling*-Kiel, *Schäfer*-Hamburg, *Schäfgen*-Kiel, *Scheer*-Kiel, *Schepers*-Kiel, *Schröder*-Altona, *Schröder*-Kiel, *Schultz*-Kiel, *Stark*-Kiel, *Starke*-Strelitz, *Steyerthal*- u. Frau-Bad Kleinen, *Stockmann*-Kiel, *Stümke*-Kiel, *Thode*-Kiel, *Timm*-Lübeck, *Trömmner*-Hamburg, *Uflacker*-Kiel, *Urlaub*-Kiel, *Vellguth*-Meldorf, *Voß*-Kiel, *Walter*-Rostock, *Warnecke*-Kiel, *Wedemeyer*-Kiel, *Weygandt*-Hamburg, *Wiedhold*-Gelsheim, *Zendig*-Hamburg, *Ziemke*-Kiel.

Der Vorsitzende *Siemerling*-Kiel eröffnet die Tagung und begrüßt die als Gäste anwesenden Herren Landeshauptmann *Pahlke* (Vertreter der Provinz Schleswig-Holstein), Magistrats-Syndikus Dr. *Kantorowicz* (Leiter des Jugendamts und Vertreter der Stadt Kiel), den Rektor der

Universität Kiel Prof. Dr. *Wedemeyer*, den Dekan der medizin. Fakultät Prof. Dr. *Gros*, den Marinegeneralarzt Dr. *Schepers* sowie den Oberlandesgerichtspräsidenten *Buß*. Die genannten Herren danken und begrüßen die Versammlung in kurzen Ansprachen.

Referat: Die jugendliche Verwahrlosung.

Runge-Kiel: Klinischer Teil.

Unter Verwahrlosung ist vom klinischen Standpunkt aus die Entwicklung einer Verhaltungsweise des Kindes und Jugendlichen zu verstehen, die ein Einfügen in die soziale Gemeinschaft unmöglich macht. Diese Verhaltungsweise ist bedingt durch eine Änderung der seelischen Verfassung im Sinne des Auftauchens ungünstiger Gefühls-, Willens- und Triebrichtungen. Unter den Verwahrlosenden findet sich stets ein großer Bruchteil (bis 50%) und mehr psychisch abnormer Individuen. Verwahrlosung ist aber kein klinisches Symptom der Abnormität, braucht nicht in der Abnormität begründet zu sein; aus ihrem Vorhandensein kann nicht auf eine abnorme Anlage, aus der Art der Verwahrlosung nicht auf eine bestimmte Art der Abnormität geschlossen werden (obwohl die Verwahrlosung in jedem Falle Anlaß zu einer psychiatrischen Untersuchung geben soll). Die verwahrlosenden Abnormen zeigen fast durchweg einen erheblichen Grad schwerer Belastung in der Aszendenz und den Kollateralen, die sich besonders einwandfrei bei den Schulpflichtigen feststellen läßt. Die Hauptmasse der abnormen Verwahrlosenden verteilt sich auf die Psychopathen und Schwachsinnigen. Bei bestimmten Typen von Psychopathien ergibt sich eine besonders günstige Konstellation und Bereitschaft zur Verwahrlosung, vor allem bei den willenlosen, gefühllosen, reizbaren, pseudologischen, triebhaften Typen. Unter diesen verschiedenen Formen sind eine Abschwächung und Oberflächlichkeit des Mitfühlens und altruistischen Empfindens und als Folge dieser egoistisch-asoziale Tendenzen weit verbreitet; es kommen teils mehr aktive, teils mehr passive Naturen vor. Andere Typen sind wenig oder gar nicht unter den Verwahrlosenden vertreten, so die Schizoiden, Psychasthenischen, Depressiven. Bei den verwahrlosenden Mädchen überwiegen die phantastisch-pseudologischen Fälle, zum Teil auch die erregbaren, bei den Knaben die willenlosen Psychopathen. Sehr häufig finden sich bei den verwahrlosenden psychopathischen Kindern neurologische Stigmata, Schlafstörungen, Aufmerksamkeitsschwäche, abnorm frühe Entwicklung des Sexualtriebes, ferner auch bei den Jugendlichen Verstimmungszustände, Schwankungen in der Leistungsfähigkeit und Führung, triebhafte Regungen. Die Anzeichen der psychopathischen Konstitution finden sich bei den Verwahrlosenden meist schon in der Kindheit, seltener treten sie mit auffälliger Änderung des seelischen Verhaltens bei gleichzeitiger Verwahrlosung erst in der Pubertät in Erscheinung. Die Beteiligung der Schwachsinnigen und besonders der Debilen ist etwas geringer als die der Psychopathen. Auffallend häufig sind unter diesen Fälle mit erheblichen Störungen des Fühlens und Wollens und mäßiger intellektueller Schwäche; hauptsächlich sind erregbare und haltlos-willens-

schwache Typen vertreten. Andere Schwachsinnstypen fehlen ganz. Schwachsinn scheint bei den verwahrlosenden weiblichen Individuen häufiger als bei den männlichen. Ein innerer Zusammenhang zwischen Intelligenzgrad und Verwahrlosung bzw. moralischem Verfall besteht nicht. Andere psychische Anomalien sind bei den Verwahrlosenden seltener. Zu erwähnen sind die psychischen Störungen bei Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen, die infolge schwerer Defekte des Fühlens, der Charakterentwicklung, der motorischen Unruhe und Triebhaftigkeit außerordentlich zum Verwahrlosen neigen, ferner psychopathische Erscheinungen auf dem Boden angeboren luetischer Grundlage sowie nach Kopftraumen. Die Verwahrlosung bei echten genuinen Epilepsien ist nicht häufig; sie kommt aber besonders bei Formen vor, die in ihrer psychischen Eigenart den Psychopathien nahestehen, ferner bei sog. Affektepilepsien. Geisteskrankheiten spielen eine geringe Rolle. Am meisten kommt noch die Schizophrenie vor. Möglicherweise liegt den schweren Gefühlsdefekten mancher verwahrloster asozialer Psychopathen ein früh entstandener schizophrener Defekt zugrunde (Parathymie Meggendorfers). Die Form der Verwahrlosung Abnormer ist im ganzen die gleiche wie bei Gesunden. Roheitsdelikte, schwere Vagabondage, Rückfalldiebstähle sind aber bei den männlichen abnormen Individuen, Lügenhaftigkeit, schneller Verfall in geschlechtliche Verwahrlosung bei Fehlen eigentlich tieferer erotischer Beziehungen bei abnormen weiblichen Individuen, frühzeitiges Einsetzen des Sexualverkehrs, Verfall in Schmutz und Unsauberkeit bei den schwachsinnigen Mädchen, Betteln überhaupt bei den Schwachsinnigen häufiger als bei Normalen. Die schwersten Verwahrlosungsfälle entstehen aber meist auf pathologischem Boden schon im frühen Alter. Daher ist die Prognose im ganzen um so schlechter, je schwerer der Grad der Abnormität ist. Aber auch unter den Abnormen findet sich eine durchaus verschiedene moralische Wertigkeit. Bei der Verwahrlosung Abnormer finden sich meist Milieueinflüsse zum mindesten als äußerer Anlaß der Verwahrlosung. Während bisher die Ansicht vorherrschte, daß Milieuschäden bezüglich der Verwahrlosung die Abnormen relativ weniger als die Normalen beeinflussen, scheint nach neueren Untersuchungen und auch nach den Erfahrungen des Ref. an einem großen kindlichen Material die Milieuwirkung besonders in frühestem Kindesalter für einen Teil der Psychopathien von ausschlaggebender Bedeutung. Verwahrlosung allein aus der abnormen angeborenen oder erworbenen Anlage heraus scheint selten, kommt aber vor, wie neuerdings besonders die Erfahrungen bei der Encephalitis epidemica zeigen. Die große Menge der Abnormen unter den Verwahrlosenden und besonders unter den schweren Fällen läßt die Forderung nach einer intensiveren Durchsetzung der Behandlungsmethoden mit psychiatrischen Gesichtspunkten als bisher üblich berechtigt erscheinen. Die Errichtung von Heilerziehungsheimen zur möglichst frühzeitigen, z. T. prophylaktischen Behandlung von Kindern in vor- und schulpflichtigem Alter und Ausschaltung der Milieu- und Erziehungsschäden, die Einrichtung bzw. stärkere Benutzung von Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge zur Feststellung der psychischen Anomalien und der Erziehungsaussichten,

von psychiatrisch geleiteten Abteilungen für schwer Erziehbare mit individualisierender psychiatrisch-pädagogischer Behandlung, wie sie in Baden erfolgreich durchgeführt ist, aber auch die bessere Durchbildung der Psychiater, die auf dem heilpädagogischen Gebiet arbeiten und bei der Bekämpfung der Verwahrlosung mitwirken wollen, in der Kenntnis von der kindlichen und jugendlichen normalen und anormalen Psyche scheint dringend erforderlich.

Rehm: Sozialer Teil.

Unter Verwahrlosung ist die Lockerung des sittlichen Haltes als eines Persönlichkeitsfaktors und des sozialen Haltes als eines Allgemeinheitsfaktors zu verstehen, wenn die Lockerung zu einer Schädigung der Gesellschaftsordnung führt. Die Verwahrlosung ist aktiv, wenn die Sprengung des sittlichen und sozialen Haltes auf der psychischen Eigenart der Persönlichkeit beruht, passiv, wenn Faktoren der Umwelt das sittliche und soziale Gleichgewicht der Persönlichkeit stören. In den meisten Fällen ist die Verwahrlosung aktiv und passiv. Hervorgehoben wird durch diese Einteilung die Verantwortlichkeit gegenüber der eigenen Persönlichkeit im Vergleich zu der durch die Vererbung geschaffenen psychischen Konstitution. In der Stadt überwiegt bei Analyse des einzelnen Falles der passive Teil der Verwahrlosung den aktiven, auf dem Lande überwiegt wahrscheinlich der aktive, weil die Faktoren der Umwelt günstiger zu sein pflegen. Man kann annehmen, daß die Zahl der verwahrlosten Kinder und Jugendlichen im Alter von 10—18 Jahren nach dem Kriege mindestens 10‰ betrug. Jetzt scheint diese Zahl infolge der Besserung der Umweltsbedingungen im Abnehmen begriffen zu sein. Der Anteil der Knaben ist relativ höher wie der der Mädchen (4 : 3). Direkte Belastung mit sozialer bzw. psychisch normwidriger Erbmasse ist je in 25% der Fälle nachgewiesen. Es ist anzunehmen, daß sie höher ist als die erbliche Belastung Gesunder. In der Großstadt überwiegt die Unstetigkeit mit der Vorstufe des Schulelaufens, der bandenmäßige Diebstahl und die Prostitution. Auf dem Lande stehen geschlechtliche Ausschweifung und Roheitshandlungen im Vordergrunde. Die jugendliche V. ist in der Großstadt intensiver und extensiver. Die Ursache der stärkeren Verwahrlosung in der Großstadt liegt in der gegenüber der Landbevölkerung qualitativ und quantitativ verschiedenen Schichtung der Stadtbevölkerung bzw. in der Auswertung schädlicher Umweltseinflüsse, denen die sozial niederen Schichten besonders ausgesetzt sind. In mindestens 85% der Fälle finden sich schädliche Einflüsse der Umwelt, darunter soziale Entgleisung der Eltern bzw. der Geschwister in 30%, Trennung der elterlichen Ehe in 15%, Verwaisung durch den Tod beider oder eines Teiles der Eltern in 27%, Unehelichkeit der Geburt in 12% gegenüber 8% der gesamten Geburten in Bremen, und Trunksucht meist des Vaters in 22% der Fälle. Die soziale Entgleisung der Mutter hat einen besonders ungünstigen Einfluß auf das soziale Verhalten der Mädchen. Das Vorwiegen der unehelich geborenen Mädchen unter den Verwahrlosten ist auf die Auswirkung der sozialen Entgleisung der Mutter zurückzuführen. Die häufigste gesellschaftswidrige Handlung der Ver-

wahrlosten ist das Vergehen gegen das fremde Eigentum in allen Schattierungen (74%) mit der Vorstufe der Naschhaftigkeit. Not ist selten die Ursache des Vergehens. Zeichen eines krankhaften Triebes sind die asozialen Folgen der Unstetigkeit (50%) mit der Vorstufe des Schulelaufens. Geschlechtliche Ausschweifung findet sich in 55% der Jugendlichen, hauptsächlich bei Mädchen. Bewußte Homosexualität ist sehr selten. Vor der Pubertät hat der Geschlechtsverkehr den Charakter des Unbewußten und Spielerischen, er ist sowohl homo- als bisexuell. Die Schulentlassung gibt das Signal zur geschlechtlichen Ungebundenheit, insbesondere bei den Mädchen. „Verhältnisse" sind selten, meist erfolgt der geschlechtliche Verkehr wahllos nach Art der Prostitution gegen Vergütung in irgend einer Form. Die jugendliche Prostitution ist die schwerste Form sozialer Entartung sowohl in ihren psychischen als auch in ihren sozialen Komponenten. Das erotische Moment spielt ursächlich keine wesentliche Rolle. Die auf Alkohol und Nikotin gerichtete Genußsucht, ferner die Genußsucht in der Richtung des gewohnheitsmäßigen Besuches von Kinos und Tanzlokalen ist ein wichtiger Faktor der Verwahrlosung. Die Knaben neigen mehr zu Eigentumsvergehen, zu Unstetigkeit und zum Genuß von Nikotin, die Mädchen zur Betätigung der Sexualität, zum Alkohol, zum Kino und zum Tanz. Das Schulelaufen ist charakteristisch für die Knaben. Die Art der gesellschaftswidrigen Einstellung der V. läßt keinen Schluß auf die Art der psychopathischen Veranlagung und Äußerung zu. Auf dem Boden der erblichen Belastung mit psychischer Minderwertigkeit, der für alle sozialen Schichten gleich verbreitet ist, erwächst auf Grund der schädlichen Umweltseinflüsse, vorwiegend in den sozial niederen Schichten, die Verwahrlosung der Jugendlichen. Die Zukunft der jugendlichen Verwahrlosten ist abhängig 1. von der Zweckmäßigkeit der eingeleiteten behördlichen Schutz- und Erziehungsmaßnahmen, 2. von dem Parallelogramm der Kräfte der aktiven Verwahrlosung einerseits und der passiven Verwahrlosung andererseits, oder der psychischen Artung einerseits und der Umweltsverhältnisse andererseits. Eine klinisch scharf präzisierte, auch dem Nichtarzt verständliche Gruppierung des Gebietes der Psychopathie ist unerläßlich. Im ganzen erscheinen die Aussichten für die Verwahrlosten nicht ungünstig. Die Bekämpfung der jugendlichen Verwahrlosung muß gegen drei Feinde geführt werden: 1. gegen die Summe der gesellschaftswidrigen Einflüsse der Familie und der weiteren Umwelt, 2. gegen die Auswirkung gesellschaftswidriger psychischer Eigenschaften, 3. gegen die rassen- und gesellschaftsschädliche Vererbung der krankhaften Erscheinungen von seiten des Körpers und Geistes und damit der asozialen Eigenschaften. Das Ziel ist: 1. Besserung des sozialen Lebens in Familie, Wohnung, Erwerb und Öffentlichkeit, 2. Erziehung in Haus, Schule und Arbeitsstätte durch Umbildung der psychischen Verhaltungsweisen in sozial günstige, 3. gesetzgeberische Tätigkeit auf dem Gebiete der Rassenverbesserung. Notwendig ist diesbezügliche Aufklärung aller Bevölkerungsschichten und Berufsklassen, zielbewußte Organisation der beamteten und Hilfskräfte, rechtzeitige Entmündigung der Psychopathen schwerer Art und Führung der Vormundschaft durch Berufsvormünder.

Cimbal-Altona: Untersuchungstechnischer Teil.

Die Untersuchungstechnik des Erziehungsgutachtens hat drei voneinander grundverschiedene Aufgaben:

1. Die Prüfung des psychischen Tatsachenbestandes der Verwahrlosung, auf dessen Grundlage der Rechtsspruch der Behörden und die Durchführung der Zwangserziehung beruht.

2. Die Aussonderung der für die Anstaltserziehung Ungeeigneten resp. besonderer Einrichtungen Bedürftiger in dem Sinne, daß körperlich ansteckende Jugendliche, insbesondere Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Typhus- und Diphtheritisbazillenträger, andererseits diabolisch und gemeinschaftsfeindlich Eingestellte den Anstalten entweder ferngehalten werden oder aber so in das Erziehungswesen eingereiht werden, daß sie einen möglichst geringen Schaden gegenüber der Gesamtheit anrichten.

3. Die Ermittlung der individuellen Erziehungsgrundlagen, insbesondere der Berufseignung des Zöglings, der Störungen des geordneten Denkens, der Form und Äußerungen des seelischen Kampfes, schließlich der eigentlichen Ursache der Entgleisung, deren Überwindung Aufgabe der Erziehung ist.

So vielgestaltig diesen Aufgaben entsprechend die Untersuchung sein muß, so notwendig ist die Zusammenfassung des Erziehungsgutachtens in eine einheitliche Form, für die sich dem Referenten in sechsjähriger Praxis von jährlich etwa 300—500 Erziehungsgutachten ein bestimmtes Gutachtenschema besonders bewährt hat.

Bei der Vorgeschichte sind die üblichen anamnestischen Fragebogen nach drei Richtungen zu ergänzen: nach der Richtung überstandener infektionsgefährlicher Krankheiten, der Berufsanlage und vor allem in der Richtung der psychoanalytischen Ermittlung von gefährlichen Charaktereigenschaften, psychopathischen Entgleisungen und frühzeitigen Zeichen abnormen seelischen Geschehens. Die ergänzenden Fragen lehnen sich dem individualpsychologischen Fragebogen der *Adlerschen* Schule unmittelbar an, müssen aber für die verwahrloste Jugend den anderen Umweltsverhältnissen entsprechend angepaßt werden. Bei der körperlichen Untersuchung stehen die verschiedenen bakteriologischen und mikroskopischen Ermittlungen der Infektionsmöglichkeiten im Vordergrund. In zweiter Linie folgen die körperlichen Berufseignungen, bei denen einerseits zu berücksichtigen ist, daß den ländlichen Pflegefamilien nur Zöglinge zugewiesen werden dürfen, deren körperliche Berufseignung sie für die Freiluftberufe und die Schwerberufe brauchbar erscheinen läßt, andrerseits daß die übermäßig anfälligen, insbesondere die tuberkuloseverdächtigen Zöglinge keinesfalls in Massensälen beschäftigt werden dürfen, wo sie selbst infiziert werden und andere infizieren können. Schließlich muß auch das Knochengerüst, insbesondere Plattfußbildung, bei der Eignung für Stehberufe, zu denen auch die weibliche Haushaltsausbildung gehört, berücksichtigt werden. Andererseits brauchen Entwicklungsstörungen, Blutarmut und Unterernährung, insbesondere auch die fast regelmäßig bei Großstadtkindern zu beobachtenden Störungen der Gefäßversorgung nicht überschätzt zu werden, da sie sich in den gesunderen und derberen Lebensbedingungen der Erziehungs-

anstalten ohne Schädigung verlieren. Der intellektuelle Teil des Erziehungsgutachtens braucht die gewöhnliche Messung der Intelligenzstufe nicht in den Vordergrund zu stellen, da der Grad der Geistesschwäche für die Entstehung der Verwahrlosung und für ihre Heilung nicht wesentlich entscheidend ist. Wichtiger als für die Fürsorgeerziehung sind diese Prüfungen für die Strafrechtsbewertung und die Bewertung der Schulfähigkeit (Hilfsschulfähigkeit), obwohl auch in den Hilfsschulen die Verwahrlosten und Lernschwachen über die wirklich Schwachsinnigen bei weitem überwiegen.

Wichtiger als die Intelligenzprüfung im engeren Sinne ist die Prüfung des geordneten Gedankenablaufs und der einheitlichen oder stark unterschiedlichen Entwicklungsstufen der einzelnen geistigen Leistungskräfte. Für diese vergleichende Bewertung prüft Ref. grundsätzlich nebeneinander Spontanzeichnen, Bilderklären, Bilderkolorieren, Drahtbiegeversuche, Definitionen, Dreiwortsatzbildung und Merkfähigkeit. Man kann die durchschnittliche Leistungsfähigkeit der verschiedenen Methoden unschwer stufenweise vergleichen. Gleichartigkeit des Zurückbleibens, Auftreten einzelner Lücken, auffällige Disharmonien der bildnerischen und sprachlichen Fähigkeiten untereinander sind für die Berufsauslese, die Deutung des seelischen Zustandes und die Erziehbarkeit von bestimmter, ziemlich gesetzmäßiger Bedeutung. Der schwierigste und wichtigste Teil des Erziehungsgutachtens ist die Analyse der seelischen Entgleisungsform. Scharf zu unterscheiden sind vor allem die Zwiespältigkeiten von den Verwahrlosungsformen, die Verbitterten und Gemeinschaftswidrigen von den gesellschaftsfeindlich Eingestellten und Diabolischen. Auch die geborenen Prostituierten mit ihrem infantilistischen, anästhetischen Fehlen aller höheren und tieferen Empfindungen und die aktiven, sonst aber ähnlichen gesellschaftsfeindlich eingestellten Naturen sind zwar zurzeit noch unanerkannte und nicht fest herausgearbeitete, aber gut abgrenzbare Typen. Für die Erkennung des seelischen Zustandes erwies sich bei Fürsorgezöglingen das psychologische Assoziationsexperiment nach *Freud* nicht besonders ergiebig. Weit ergiebiger war die einfache Analyse des Tatbestandes durch sehr zahlreiche und verschiedene Untersucher, deren oft sehr entgegengesetzte Befunde und Deutungen dann vom Abschlußgutachter analytisch und synthetisch zusammengefaßt werden müssen. Trotz aller Sorgfalt ist der Wert der Erziehungsgutachten durch die Unberechenbarkeit jugendlicher Entwicklungsmöglichkeiten und durch die Schwierigkeit, sie praktisch erziehlich zu verwerten, noch immer ein sehr begrenzter.

Draeseke-Hamburg: Therapeutisch-pädagogischer Teil.

Mit erzieherischen Fragen haben sich die Psychiater immer beschäftigen müssen. Vor vielen Jahren schon erfaßte einer von ihnen das erzieherische Problem gleich an der Wurzel, indem er für die Erziehung der Kinder im eigenen Heim ein Bilderbuch schuf, das nach seinen Bildern und Versen auf des Kindes Seele musterhaft eingestellt war, und das war *Heinrich Hoffmann* mit seinem Struwwelpeter. Für viele Generationen war einmal der Struwwelpeter das Kinderbuch. Es muß unbedingt zu unserem klassischen Besitzstande auf diesem Sondergebiete gerechnet

werden. Unbedingt aber steht der Struwwelpeter mit seinen einfachen, klar erfaßten psychologischen Problemen und ihrer praktischen, sinnenfälligen Beantwortung obenan.

Vom Kinde ausgehend wachsen uns Psychiatern viele Probleme zu, wie wir es ja schon einmal erlebt haben, als wir die komplizierten Fragen der gerichtlichen Medizin in vorderster Reihe (*Aschaffenburg* usw.) mit zu lösen uns mühten. Jetzt muß wieder ein neues Gebiet, das der Erziehung Verwahrloster, auch von psychiatrischer Weise mitgefördert werden. Die Herren Vorredner, Berufspsychiater, haben durch eine Reihe von Vorarbeiten, die sich mit den Grenzbestimmungen zwischen geistig normal und krank, mit Vererbung, mit Milieustudien sowie mit besonderen Untersuchungsmethoden beschäftigten, manch interessantes Schlaglicht auf den Begriff „Verwahrlosung" geworfen, so daß es sich erübrigt, noch einmal diesen Begriff zu umreißen. Verwahrlosung und ihre Bekämpfung ergibt naturgemäß eine Zweigliederung der in Frage kommenden Personen. Zunächst die zu Erziehenden und dann die Erzieher selbst. Ganz scharf sind beide Gruppen nicht immer zu trennen, weil es sich ja vielfach um Wechselbeziehungen handelt. Es gibt, so eigenartig dies auch zunächst anmuten mag, eine Einteilung dieser Personen in drei Genera. Und so verwischt sich anscheinend manche trennende Linie. Man kennt naturgemäß ein Genus masculinum und ein Genus femininum. Jedes der beiden verwahrlosten Geschlechter will streng psychologisch erfaßt sein; seine besonderen Eigenarten liegen weit voneinander entfernt und der Erzieher, der mit dem einen Genus in erzieherischen Fragen vorzüglich weiterkommen kann, vermag sich wieder auf dem Boden des anderen Genus nicht zu halten; seine erzieherischen Qualitäten versagen vollkommen. Unmerklich führt diese Tatsache zu dem Genus neutrum, zu dem alle die Personen zu rechnen sind, die in ihrer Eigenschaft als Pädagoge, Psychologe, Theologe, Jurist oder Mediziner an den Fragen der Erziehung Verwahrloster mitzuarbeiten haben. Die an der Erziehung Verwahrloster mitarbeitenden Personen suchen, jeder von seinem Standpunkt aus, getragen von den besten Absichten und ausgerüstet mit dem Wissen seiner besonderen Zunft dem zu Erziehenden objektiv und völlig neutral sich zu nähern und die verwickelten Probleme zu ergründen, aber gar mancher von ihnen vergißt dabei, daß ihm Jugendliche gegenübersitzen, die — ganz gleich, ob sie normal intellektuell veranlagt sind oder nicht (man denke nur an die Hilfsschüler, diese besondere Gattung unserer Schmerzenskinder) — auch einen Plan schnell und treffsicher entwerfen, wie sie sich der heilpädagogischen Beeinflussung entziehen oder diese sogar durchkreuzen können. So werden an das Genus neutrum die größten Anforderungen gestellt, sie sollen allen Fragen gewachsen sein.

Die Heranbildung der Personen, die sich den verwickelten Fragen der Erziehung Verwahrloster widmen wollen, ist nicht so einfach. Es fehlt ganz offensichtlich an Ausbildungsmöglichkeiten an den meisten Orten. Selbst das rein theoretische Wissen ist schwer zu erwerben, weil die Literatur sehr zerstreut, bisweilen sogar völlig unzugänglich ist und nur zu oft Einzelfragen behandelt werden. Aber noch viel schwieriger sind die praktischen Fragen zu erlernen. Es hält oft schwer, nur die

Möglichkeit einer Betätigung zu erlangen, um sich so im praktischen Dienst einen gewissen kleinen Überblick zu erwerben; denn wie auch sonst im Leben wächst der Mensch mit und an seinen größeren Aufgaben.

Da die Bildungsmöglichkeit vielfach noch recht erschwert, zum Teil unmöglich ist, so sollte es unter Würdigung dieser Umstände das Bestreben aller Einsichtigen sein, hier nicht neue Schwierigkeiten aufzutürmen, etwa durch Schaffung einer besonderen Prüfungsordnung, denn gerade dieser würden sich die wirklich kraftvollen Persönlichkeiten, die gesucht werden, entziehen. Nichts aber ist notwendiger, als für die Arbeit an diesen verwickelten Fragen gerade als Mitarbeiter wirkliche, in sich gefestigte Persönlichkeiten tatsächlich zu finden. Neben dem Wissen auf vielen Gebieten, die sich z. T. als Grenzgebiete wieder decken, und einer feinen Einfühlung in das Seelenleben der Jugendlichen muß diese Persönlichkeit für den Jugendlichen immer den Reiz eines warm pulsierenden goldenen Herzens haben. Im wahrsten Sinne müssen „ganze Persönlichkeiten" gefordert und im ehrlichen Streben nach ihnen auch gefunden werden. Diese Persönlichkeiten soll man objektiv suchen, d. h. ihnen im Interesse der Allgemeinheit nachspüren und sie natürlich auch ihrem idealen Werte nach — soweit ein solcher überhaupt zu schätzen ist — besolden. Alle Kosten, die für den Abbau der Anzahl unserer jugendlich Verwahrlosten zur rechten Zeit und am rechten Ort verausgabt werden, helfen unserem armen Volke wieder seinen Aufbau tragen. Gleich bei dem Entwerfen des in jedem Einzelfall besonders zu gestaltenden Erziehungsplanes muß unter Würdigung von Eignung und Neigung die spätere Berufsfrage ins Auge gefaßt werden. Hier türmen sich wieder eine Unmenge von Einzelfragen auf. So soll z. B., um zunächst nur eine von ihnen gesondert herauszugreifen, der jugendlich Verwahrloste, ob Knabe oder Mädchen, möglichst nicht im monotonen Fabrikbetrieb mit allen seinen sonstigen Gefahren eingestellt werden. Er muß besser im Kleinbetriebe am Werden und Entstehen jeden Dinges lebhaft interessiert werden, damit er wieder lernt, sich selbst als nützliches Mitglied der menschlichen Gesellschaft zu fühlen. Weiter ist ein Verpflanzen der großstädtischen Jugend dieser Art aufs Land nur mit größter Vorsicht zu bewerkstelligen. Auf jeden Fall erscheint es aber verkehrt, die geistig Armen gerade immer aufs Land schicken zu wollen. Hier werden sie am wenigsten festen Boden fassen. Die Grundlage aber muß bei allen erzieherischen Maßnahmen immer bleiben, nach Möglichkeit einen gesunden, kräftigen Körper heranzubilden, in dem dann wieder ein gesunder Geist wohnen kann.

Nur große, allgemein gehaltene Gesichtspunkte konnten hier zu den erzieherischen Fragen entwickelt werden. Das Wichtigste ist und bleibt, die wahre Persönlichkeit mit größter Allgemeinbildung und einem goldenen Herzen für unsere arme verwahrloste Jugend zu finden.

Diskussion. — *Repkewitz*-Schleswig: Die Referate geben eine Fülle von Beobachtungen und Anregungen. In der kurzen Zeit läßt sich nur skizzenhaft diskutieren. Ist die Methode der Intelligenzprüfung von Herrn *Cimbal* schon erprobt? Es wäre ein Fortschritt, wenn man daraus frühzeitig auch die besondere Art der verwahrlosten Jugendlichen

mit Sicherheit erkennen und die gefährlichen Diabolischen und unverbesserlichen Milieuverderber rechtzeitig ausscheiden könnte. Auch wegen der Berufswahl für die jugendlich Verwahrlosten wäre es von großer Bedeutung, wenn man durch diese Intelligenzprüfung festere Richtlinien dafür gewinnen könnte. Allerdings stelle ich mir die Methode mit der notwendigen genauen Psychoanalyse der Verwahrlosung des einzelnen als für den Arzt recht zeitraubend vor, wenn er nicht etwa durch geschulte Mitarbeiter unterstützt werden kann. Wie ist wohl die Prognose der Diabolischen und der sogenannten unverbesserlichen Verwahrlosten?

Wenn zur Erziehung Verpflichtete sich aus Eigennutz oder Faulheit ihrer Pflicht gegen die Kinder entziehen, so darf doch wohl ein schlechtes Milieu mit Gefährdung der Kinder angenommen werden.

Etwaige Vorliebe von Jugendlichen für Verkehr in etwas lockeren und anrüchigen Kreisen wird allerdings Fürsorgeerziehung nicht begründen können, wenn das betr. Individuum tatsächlich selbst noch nicht verwahrlost ist. Meist wird dann letzteres aber doch wohl schon bis zu einem gewissen Grade der Fall sein.

Den Ausführungen des Herrn *Runge* muß man beitreten. Die Statistik aus den Untersuchungen jugendlicher Verwahrloster ist zwar noch vielfach unvollkommen, es steht aber schon fest, daß die Zahl der eigentlichen Geisteskranken darunter klein ist; ja Fälle, die zuerst als Jugendirresein bezeichnet wurden, stellten sich bei uns später als andere leichtere Abnormitäten heraus. Der große Einfluß des Alkoholmißbrauchs bei den Eltern als Ursache der Verwahrlosung ihrer Kinder ließ sich auch in unseren Fällen bei fast einem Drittel nachweisen. Herr *Rehm* betonte vor allem die Bedeutung der Anlage für die Verwahrlosung. Kann aber nicht auch ein schlechtes Milieu an sich Verwahrlosung zur Folge haben? Man muß bedenken, in welchem moralischen Sumpf und unter welchen unhygienischen Verhältnissen manche Verwahrloste zu leben gezwungen sind, und wie oft sie, noch halbe Kinder, ungezügelter Sexualität mit ihrem verderblichen Einfluß auf die Psyche preisgegeben sind. Ob die Verwahrlosung nach Quantität und Qualität in den Großstädten wirklich so erheblich viel schlimmer als auf dem flachen Lande und in den kleineren Städten ist, wie vielfach behauptet wird, erscheint noch nicht sicher bewiesen.

Herrn *Draeseke* darf ich zu seinen launigen und stellenweise satirischen Ausführungen erwidern, daß die Psychiater jetzt fast allgemein nicht mehr so geneigt sind, die Psychopathen für unzurechnungsfähig zu erklären. Übrigens fehlt es noch immer an einem objektiven Maßstab für die forensische Beurteilung dieser Grenzfälle zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit. Da der Richter meist eine bündige Erklärung fordert, kann die Beurteilung im einzelnen Falle noch immer reichlich objektiv bleiben. Es wäre sehr dankenswert, wenn Herr *Draesecke* festere Anhaltspunkte geben könnte. Herr *Draeseke* sagt, aus den Gefängnissen hätte man die jugendlichen Verwahrlosten nun heraus und verlangt mit Recht Persönlichkeiten für die Erziehung derselben in den Heimen. Wir wollen aber die Verwahrlosten auch nicht in den Anstalten für Geisteskranke haben, wenigstens nicht in größerer Zahl. Eine kleine Zahl sehr schwieriger und sehr erregbarer Psychopathen wird ja in der Anstalts-

behandlung bleiben müssen, die Mehrzahl aber derjenigen, die jetzt zur Beobachtung in die Anstalt geschickt werden, eignen sich nicht für dieselbe, da sie doch nicht eigentlich geisteskrank sind. Es klingt zwar zunächst widerspruchsvoll, wenn Psychiater auf der einen Seite Einfluß und wesentliche Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung fordern und auf der anderen Seite die psychopathischen Fürsorgezöglinge nicht in den Heilanstalten haben wollen, doch liegt die Sache so, daß der Psychiater ja nicht bloß mit den Geisteskranken, sondern auch mit den Grenzzuständen der Geisteskrankheit zu tun hat, und daß für einen Teil der letzteren, für die schwer erziehbaren Psychopathen, besondere Anstalten oder Abteilungen unter psychiatrischer Leitung nötig sind. In den Heilanstalten werden die schwer Erziehbaren und Verwahrlosten durch ihr oft dreistes ungezügeltes und anstößiges Verhalten sowie durch ihre Vergangenheit, die meist nicht verborgen wird, den eigentlichen Geisteskranken vielfach sehr lästig; sie nehmen auch das Pflegepersonal häufig so vorwiegend in Anspruch, daß die Pflege der Kranken leidet, und sie selbst kommen auch nicht zu ihrem Recht in den Irrenanstalten, da eine angemessene Erziehung — und die haben sie neben der psychiatrischen Behandlung nötig — ihnen da meist nicht zuteil werden kann. Rückkehr aus der milderen Anstaltsdisziplin in die Erziehungsheime kommt bei uns selten in Frage, da die Zöglinge in letzteren oft bald wieder schwierig werden. In den Heilanstalten ist die Mehrzahl solcher Psychopathen zufriedener, zumal ihnen in Aussicht gestellt wird, daß sie bei guter Führung nach kürzerer oder längerer Zeit in Stellung treten oder nach Hause kommen können. Da nehmen sie sich meistens schon eine Zeitlang zusammen und arbeiten ganz fleißig, aber eine eigentliche Erziehung ist das doch nicht. Nach ihrer Entlassung kommen sie entweder in die Irrenanstalt oder wir hören auf dem Umwege durch die Staatsanwaltschaft von ihnen, indem sie mit den Strafgesetzen in Konflikt geraten, das Schicksal der übrigen bleibt unbekannt.

Kroemer: Wenn Gregor, der hervorragende ärztliche Leiter der vorbildlichen badischen Fürsorge in seinem Werk über die Verwahrlosung nach seinen Erfahrungen, die er besonders im Freistaat Sachsen gesammelt hat, die Anschauung ausspricht, daß die jugendlichen Psychopathen in den eigentlichen Heilanstalten nur in geringerer Anzahl zu finden seien, so wird man ihm im allgemeinen recht geben müssen. Indessen trifft das doch nur für die Fälle zu, die eben nicht der Anstaltspflege in Heilanstalten bedurften. Aber wenn das Fürsorgewesen noch nicht in so geregelte Bahnen geleitet ist, wie es in Sachsen und Baden und vielleicht auch anderswo der Fall ist, wird die von *Gregor* aufgestellte Behauptung nur zum Teil Berechtigung haben. — Auf Grund meiner Tätigkeit in allen drei Anstalten unserer Provinz läßt sich doch die Meinung vertreten, daß in unseren Anstalten eine ganze Anzahl ebenso von Psychopathen wie Verwahrlosten zu beobachten und zu behandeln waren. Seitdem im besonderen seit März 1918 das Provinzial-Erziehungsheim in der Anstalt Schleswig-Hesterberg besteht, war doch ganz besonders Gelegenheit vorhanden, mit einer größeren Anzahl von verwahrlosten Fürsorgezöglingen wenigstens bis zur Zeit ihrer Konfirmation bekannt und vertraut zu werden.

Die jugendliche Verwahrlosung charakterisiert die dort untergebrachten Zöglinge neben einem gewissen leichteren Schwachsinnsgrad am meisten. Das Heim hat 40 Plätze, die Zöglinge werden in einer besonderen Schule unterrichtet. Entweichungen kamen im ganzen oft vor, da dem Heim der Charakter eines festeren Verwahrungshauses glücklicherweise nicht gegeben ist. Im allgemeinen spielt sich dort das Leben in ruhigen Bahnen ab, vormittags ist Schulunterricht, nachmittags werden Schularbeiten gemacht; Geeignete können sich gärtnerisch betätigen, im Freien wird viel Spielen, Turnen und Sport getrieben. Eine Beschäftigung in Werkstätten kommt bei dem jugendlichen Alter der Zöglinge nicht in Frage. Einzelne schlechte Elemente richteten insofern größeren Schaden an und störten das Erziehungswerk, als sie mit einer besonderen Gabe der Ungezogenheit, der Verhetzung und Heuchelei ausgestattet waren und einen fabelhaft schlechten Einfluß auf Bessere ausübten. Sie wurden von den leicht bestimmbaren und defekten Zöglingen als Helden bestaunt und bewundert. Bisweilen zeigte sich, daß Knaben eingewiesen waren, die ihrer intellektuellen Einstufung nach nicht an diesen Platz gehörten. Sie bildeten eine starke Belastung der Schulklasse und mußten trotz besonderer Rücksichtnahme als hemmende Elemente der eigentlichen Anstalt für Geisteskranke zugewiesen werden. So haben wir gerade in diesen Tagen wieder die Versetzung von 10 in die Anstalt vorschlagen und beantragen müssen.

Das Gros all dieser Zöglinge im Prov.-Erziehungsheim ist ja mit einem gewissen Schwachsinnsgrad ausgestattet. Auf diesem Grund und Boden hat die sich bei fast allen zeigende Verwahrlosung, unterstützt von äußeren Momenten, leicht Fuß fassen und Wurzel schlagen können. In sehr vielen Fällen ist auch die grobe Vernachlässigung der einfachsten Elternpflichten als Grund ihrer Verwahrlosung anzusehen. Die Eltern einzelner sind überhaupt nicht mehr aufzufinden. Naturgemäß bieten die Fälle ohne Schwachsinnsbasis die beste Prognose dar. Einer großen Anzahl behagt die Unterbringung in den geordneten Verhältnissen wohl, sie fühlen sich dort geborgen, berücksichtigt und sind ganz gern da.

Indessen muß doch die Möglichkeit eines mehr vertieften individuellen Eingehens auf den einzelnen, besonders auch durch Lehrkräfte, mehr zu erstreben sein. Ich würde mir die Unterbringung in einer Anstalt viel eher so denken, daß eine ganze Anzahl kleinerer Häuser auf einem Bezirk geschaffen würde, in denen die Zöglinge in kleineren Gruppen, etwa nach Art eines Alumnats, sozusagen familienweise untergebracht werden könnten. Die Trennungsmöglichkeit verbessert zweifellos stets die Erfolge, übrigens auch in Irrenanstalten.

Lienau-Hamburg: stellt Fragen betr. Prügelstrafen und familiale Verpflegung und betont die Veränderung der ganzen Zeitverhältnisse, welche geradezu einen Nährboden für Verwahrlosung bilden. Die Schulexperimente müssen vorüber sein. Der obligatorische Religionsunterricht muß wieder eingeführt werden. Persönlichkeiten ohne Ansehung der Parteikarte müssen die Lehrer- und Beamtenstellen besetzen. Das Wort „Freie Bahn dem Tüchtigen" darf nicht dazu führen, daß Schüler Schulen zugeführt werden, denen ihre Veranlagung und Intelligenz nicht entspricht. Persönlichkeiten müssen die Autorität des Staates, Zucht

und Ordnung wiederherstellen, wie wir sie früher gehabt haben und soweit sie gut waren. Das erfordert die Prophylaxe der Verwahrlosung; dazu sollten die Psychiater in erster Linie mithelfen.

Rittershaus-Hamburg: Es fehlt natürlich noch eine retrospektive Statistik über mindestens 40—50 Jahre, dann würden vielleicht Geisteskrankheiten, Schizophrenie, Pfropfhebephrenie, Epilepsie u. a. m. eine größere Rolle spielen. Bei den Statistiken über die Bedeutung von Milieu oder Anlage kommt es wohl sehr darauf an, ob von pädagogischer oder psychiatrischer Seite stammend. Vererbung und endogene Veranlagung bei den Eltern sind oft die direkten Ursachen des beschuldigten Milieus, insbesondere auch bei dem Alkohol. Das Massenexperiment der Abstinenz in den Vereinigten Staaten wird vielleicht wichtiges statistisches Material liefern. Die „Diabolischen" sind am besten unschädlich gemacht in der Irrenanstalt, „verdünnt" unter verblödeten Schizophrenen gewissermaßen in einer „psychischen Gummizelle".

Bolte-Bremen: Die *Rehmsche* Kurve, welche ein Ansteigen der Zahl der Jugendlichen während der Kriegszeit und seither ein Absinken zeigt, ist nicht, wie Herr *Cimbal* meint, eine rein zufällige, sondern wird überall in Deutschland beobachtet, vielleicht mit der besseren Durchführung der Jugendfürsorge zusammenhängend.

Es ist sehr bedauerlich, daß sich die Hilfsschulen in den letzten Jahren mit intelligenten Kriminellen füllen, die nicht lernen wollen. Der § 51 StGB. spielt praktisch seit Einführung des § 3 des Jugendgerichtsgesetzes keine Rolle mehr. Die Befürchtung *Cimbals*, daß infolge lügenhafter Angaben der Eltern, welche ihre Kinder los sein wollen, irrtümlich Fürsorgeerziehung ausgesprochen wird, ist unbegründet.

Josephy-Hamburg: In der Statistik sollte man vielleicht am besten das Wort „normal" in bezug auf den psychischen Zustand vermeiden und statt dessen lieber sagen „nur verwahrlost". Vom Standpunkt des reinen Theoretikers sind auch die „nur Verwahrlosten" nicht normal, vom Standpunkt des ärztlichen Beraters der Fürsorge und des Gerichts muß aber die Verantwortlichkeit, die Beurteilung als „normaler Mensch" weit in das Gebiet der Psychopathen und Debilen übergreifen. In der geschlossenen Irrenanstalt sind weibliche Fürsorgezöglinge oft völlig brauchbar, solange sie allein sind; sind mehrere derartige Elemente auf einer Abteilung, so geht es meist nicht, ein typisches Beispiel für die Einwirkung des Milieus.

Bei der Charakterveränderung der Kinder nach Encephalitis lethargica spielt das erbliche Moment eine äußerst bedeutende Rolle. *Meggendorfer* hat nachgewiesen, und ich kann es an dem letzten Friedrichsberger Material bestätigen, daß bei allen diesen Kindern eine schwere hereditäre Belastung vorliegt.

Walter-Rostock: Nach meiner Ansicht kommt der deletäre Einfluß des fehlenden oder ungünstigen Muttereinflusses in der Statistik nicht genügend zum Ausdruck. Weil er nicht hoch genug eingeschätzt wird, ist der Frau auch in der Fürsorgeerziehung noch nicht der entsprechende Einfluß eingeräumt. Das Familiensystem, das ja wohl fast allgemein in den Erziehungsanstalten eingeführt ist, bedarf einer Ergän-

zung dahin, daß jede Familie — auch soweit sie nur Knaben umfaßt — außer dem „Vater" auch eine „Mutter" haben muß.

Gericke-Rickling: Die Psychopathen sollen möglichst gar nicht wissen, daß sie krank sind. Sie nennen sich noch viel zu oft selbst Psychopathen. Verbindung eines Heilerziehungsheimes mit Irrenanstalt ist unerwünscht. Im vom Ref. geleiteten Knabenheim Thetmarshof-Rickling ist es stets Brauch gewesen, die Zöglinge einem von ihnen gewünschten Handwerke zuzuführen, um sie vor geistiger Verödung durch mechanische Arbeit zu schützen. Schwer wird es sein, den Begriff „diabolisch" festzulegen und genau zu bestimmen, wer unter diesen Begriff fällt. Für die Diabolischen brauchen wir ein Verwahrungsgesetz. Erst nach Aufenthalt in zwei verschiedenen Anstalten kann unter psychiatrischer Mitwirkung auf Verwahrung erkannt werden.

Die Prügelstrafe muß bei der Erziehung (von Psychopathen selbstverständlich völlig abgesehen!) die ultima ratio bleiben.

Clemenz-Hamburg weist die Diskussionsbemerkung *Lienaus* zurück, daß die Strafvollzugsmethode, wie sie zurzeit in den Hamburger Gefängnissen eingeführt wird, eine Gefahr für die Allgemeinheit werden kann.

Repkewitz-Schleswig: Die Ausführungen von Hrn. *Gericke* sind recht interessant, die psychiatrische Mitarbeit bei den schwierigen Psychopathen darf sich aber nicht darauf beschränken, daß ein Psychiater in erreichbarer Nähe ist und im besonderen Falle zugezogen wird.

Die Erfahrung hat bewiesen, daß die gewöhnlichen Erziehungsanstalten, so gut sie auch sein mögen, mit einem Teil der Fürsorgezöglinge nicht fertig werden können, und daß sie der psychiatrischen Versorgung anheimfallen. Wir brauchen besondere Einrichtungen, die unter maßgebender psychiatrischer Leitung stehen müssen. Hrn. *Rautenberg* möchte ich erwidern, daß die Zerstreuung der schwierigen psychopathischen Fürsorgezöglinge auf die verschiedenen Abteilungen der Irrenanstalten für Verblödete, wo sie gleichsam isoliert und unschädlich gemacht sind, m. E. doch nicht das richtige ist. Ich muß dabei bleiben, daß eigene Abteilungen oder Heilerziehungsanstalten für einen Teil der schwer erziehbaren Psychopathen unter psychiatrischer Leitung zu erstreben sind. Ein kleiner Teil, die besonders schwierigen und geistig sehr abnormen Psychopathen, werden freilich wohl immer den Irrenanstalten zufallen.

Runge — Schlußwort: Die angeführten Statistiken sind selbstverständlich mit Vorsicht zu verwerten und sollen in der Hauptsache einen Überblick über den Anteil der Abnormen und ihrer verschiedenen Gruppen an der Verwahrlosung geben. Die Belastungsziffern sind zweifellos sehr hohe, besonders bei Kindern. Bei den meisten Fällen scheint aber doch das Milieu in irgendeiner Weise bei dem Zustandekommen der Verwahrlosung mitzuwirken. Die weitere Errichtung psychiatrisch-pädagogisch geleiteter Abteilungen für die schwersterziehbaren abnormen Jugendlichen ist notwendig.

Cimbal — Schlußwort: Auf die sehr zahlreichen, in der Diskussion gestellten Fragen ergänzt *Cimbal* sein Referat in drei Punkten: Die auffälligen Schwankungen in der zahlenmäßigen Bewegung der Verwahrlostenfürsorge, die *Rehm* für ein beginnendes Nachlassen der jugend-

lichen Verwahrlosung deutet, hält *Cimbal* für soziologisch, nicht biologisch bedingt, d. h. er bezieht sie auf zufällige verwaltungsrechtliche Ursachen, wie das Inkrafttreten des Jugendwohlfahrtsgesetzes, die Ausdehnung der Beratungs- und Jugendämter, die Erfassung der besonders verwahrlosten Familien und ähnlicher äußerer Momente. Auf ähnliche Ursachen geht auch die scheinbar größere Verwahrlosung der Großstädte zurück. Einzelne, von der Trunksucht oder vom Spielteufel ergriffene Dörfer weisen oft viel größere Verwahrlosungszahlen auf, als jemals für irgendeine Großstadt errechnet worden sind.

Die methodische Untersuchung des geistigen und seelischen Inhalts soll nicht an Stelle der intuitiven und beschreibenden Diagnostik treten, sondern neben diese. Für die Krankheiten der Persönlichkeit, zu denen die Verwahrlosung gehört, ist die Gruppendiagnostik ungenügend. Die einzige Erfassung des Krankheitsbildes ist möglich durch die vielschichtige Analyse des Aufbaus der einzelnen Persönlichkeitskomponenten, aus denen das soziale Erscheinungsbild entstanden ist.

Die ausführliche Darstellung der geschilderten Methodik wird in einem Sonderheft der „Ergebnisse" (Urban und Schwarzenberg), „Das nervöse Kind" Weihnachten dieses Jahres erscheinen.

Im Schlußwort verteidigt *Rehm*-Bremen seine Annahme des Rückgangs der Zahl der Verwahrlosten an der Hand der Statistik des Bremischen Jugendamts, er bekennt sich zu einer optimistischen Auffassung der Aussichten und betont die Wichtigkeit dieser Ansicht im Hinblick auf die Hilfsarbeit. Die Prügelstrafe in den Erziehungsanstalten lehnt er als ungeeignet unbedingt ab.

Lienau-Hamburg: Beitrag zur Kasuistik des katatonischen Stupors.

Die im Jahre 1902 im Alter von 42 Jahren aufgenommene Patientin ist erblich leicht belastet und hatte als Kind von 7 Jahren Diphtherie, Scharlach und Meningitis. 1901 hatte sie Gesangunterricht, bei dem sie unter Anwendung fast der gesamten Körpermuskulatur Atemübungen in so extremer Weise vornehmen mußte, daß sie des öfteren heftige Kopfschmerzen, starke Kongestionen nach dem Kopfe und abnorme Schweißabsonderung bekam. Im Juli 1902 fuhr Pat. nach Bayreuth zu den Festspielen und erlitt eine Enttäuschung insofern, als sie die bestellten Zimmer und Plätze nicht vorfand und in einem weniger guten Hotel absteigen mußte. Sie hörte mehrere Opern nacheinander und erkrankte ganz akut, indem sie auf dem Dache die Stimmen von Verfolgern hörte, die auf sie schimpften, sie beim Ausziehen beobachteten und allerhand verlockende, anzügliche Redensarten führten. Sie fuhr zu ihrer Schwester nach Franzensbad und erzählte, daß ihr in Bayreuth Schreckliches passiert sei. Sie hörte dauernd Stimmen und wurde nach Hamburg überführt. Sie bot in der Klinik das Bild katatonischen Stupors und zeigte im Laufe der Zeit alle typischen Erscheinungen dieser Krankheit, indessen in solchem Ausmaß, wie ich sie bisher nicht beschrieben gefunden habe. Interessant war, daß die Kranke gleich nach dem Ausbruch der Krankheit zwei Selbstmordversuche machte. Sie hatte selbst das Gefühl ihrer Veränderung und forderte Ref. auf, mit ihr in eine „andere Welt" zu gehen. Seit dieser Stunde datiert der Wechsel von Stupor und Erregung, bei

dem die Umgebung bald feindlich verkannt, bald vergöttert wird. Im Anfang machte die Kranke wiederholt zu völliger Erschöpfung führende Atmungs- und Gesangsübungen. Klinisch interessieren bei dem Fall besonders die körperlichen, sehr wechselnden Begleiterscheinungen: jahrelange literweise Speichelabsonderung, Störungen aller Sekretionen überhaupt, schwere Verdauungsstörungen, Durchfall und zu manueller Entfernung führende Verhärtungen der ganz trockenen, zu Pulver zerfallenden Fäzes, klonische Krämpfe, schwerste tonische Spannungszustände, brettharter Leib, völlige Anästhesie, mitunter fehlende Cornealreflexe, Mundsperre, völlige Nahrungsverweigerung, von 1903—1918, 15 Jahre dauernde Sondenernährung durch die Nase, deren eine Seite mit der Speiseröhre zu einem harten schwieligen Gang wird. Zeitweise stößt die Sondenernährung auf die größten Schwierigkeiten; meistens wird sie stumpf ertragen. Nach Einsetzen der Sondenernährung stieg das Gewicht im Jahre 1903 auf 100 Pfund, nachdem es vorher von 117 auf 90 gefallen war. Im Jahre 1904 und 05 erreichte es 120 Pfd., fiel dann unter Schwankungen wieder 1908 bis auf 90 Pfd., betrug 1909 und 1910: 111 Pfd., von 1910 bis August 1916 unter Schwankungen zwischen 88 und 112 Pfd. Von August 1916 bis Februar 1918 fiel das Gewicht dauernd bis auf 74 Pfd. im Februar 1918. Im August 1918 trat ohne jede äußere Veranlassung ein ganz plötzlicher Wechsel des Zustandes ein; die Kranke zeigte Appetit und aß, nachdem sie sich anfänglich noch wiederholt gesträubt hatte, von da regelmäßig genügend, so daß das Gewicht unter vielen Schwankungen bis jetzt wieder auf 106 Pfd. gestiegen ist. Der körperliche Zustand der Kranken ist jetzt gut; die Veränderungen an der Nase und Speiseröhre haben sich vollständig verloren. Es besteht seit 1918 das Bild eines manirierten katatonischen Endzustandes mit großem Wechsel der Erscheinungen und körperlichen Begleiterscheinungen, welche sich seit Jahren in den Grenzen des Bekannten halten.

(Die ausführliche Veröffentlichung des Falles ist beabsichtigt.)

Diskussion: *Repkewitz*-Schleswig betont die Intensität der kataatonen Krankheitszeichen. Es sei erstaunlich, daß trotzdem die wohl schwer geschädigten Ganglienzellen sich wieder soweit erholt hätten. Er führt dann einen ähnlichen Fall von Dementia paranoides mit 9 Jahre währender Sondenfütterung an. Bei der betr. Kranken stellte sich nach 9jähr. Anstaltsaufenthalt (ca. 20 Jahre nach Beginn der Erkrankung) im Anschluß an das Klimakterium starkes Widerstreben mit völliger Nahrungsverweigerung ein; sie lag starr mit geschlossenen Augen da. Nach zweijähriger Sondenfütterung aß sie ein Vierteljahr spontan, mußte dann aber wieder 9 Jahre lang zweimal täglich künstlich gefüttert werden. Auch bei ihr bestand starker Speichelfluß. Die Lösung geschah etwas künstlich, indem die Kranke durch energisches Zureden in stärkere Erregung geriet und durch Einführung der Sonde nur bis zum Schlund zum Schlucken gezwungen wurde bei vorsichtigem Eingießen der Nahrung. Die Ursache der Nahrungsverweigerung waren hypochondrische Ideen; sie hätte vom Essen soviel Schmerzen. Später ergab sich bei einer Operation wegen alter Appendicitis, daß die Kranke eine Senkung

des Magens hatte. Sie erholte sich aber rasch und konnte 1½ Jahre nach Aufhören der Fütterung und nach reichlich 21jährigem Anstaltsaufenthalt gebessert entlassen werden. Sie blieb paranoisch, wollte Schadenersatz wegen der unnötigen künstlichen Fütterung haben, wodurch ihr Rachen geschädigt sei (leichter Katarrh). Sie lebte dann ziemlich selbständig in ihrer Familie, allerdings immer auffällig durch Verschrobenheiten.

Trömner-Hamburg: Selbstverstümmlung und Selbstbeschädigung.

Der Häufigkeit von Selbstverstümmlungen bei Geisteskranken gegenüber (Paralyse, Dem. praecox, epileptische und hysterische Dämmerungszustände) sind Selbstverstümmlungen gesunder Personen recht seltene Vorkommnisse.

1. Ein 36jähr. Mann wurde eines Tages mit abgeschnittenem Scrotum und in Verblutungsgefahr bei uns eingeliefert. Er war von jeher sexuell erregbar und andererseits zu religiös gefärbten Grübeleien geneigt gewesen. Häufiger Drang zur Masturbation und Trieb, sich dabei weibliche Wäsche anzulegen — nicht, um sich zu transvestieren, sondern um seiner Phantasie die Attribute eines weiblichen Partners vorzuführen — hatten ihn schon vor 12 Jahren zu dem Versuch getrieben, sich à la Origenes zu kastrieren; aber die Energie hatte versagt. Später verheiratete er sich und lebt seit 6 Jahren mit seiner Frau in glücklicher und sexuell befriedigender Ehe. Aber zwei Geburten seiner Frau verliefen wegen engen Beckens recht schwer und endeten im ersten Falle mit Zangengeburt und im zweiten mit vorzeitiger Geburtsunterbrechung, so daß nur ein Kind leben blieb. Sein Trieb, in Frauenwäsche zu masturbieren, wurde einmal von seiner Frau entdeckt und veranlaßte Drohung mit Ehescheidung. Seitdem litt der gebildete und sonst sittsame Mann besonders peinlich unter ihm. Als es nun während einer achttägigen Abwesenheit seiner Frau wieder passierte, entschloß er sich, diesem ihn moralisch sehr demütigenden Zustande ein Ende zu machen. Er unterband das Scrotum mit einer Schnur und schnitt es langsam mit einem Rasiermesser weg. Schwer blutend begab er sich selbst zum Krankenhaus. Geistige Erkrankung lag nicht vor, kein Dämmerzustand, kein Zeichen von Hysterie, vor allem keine Analgesie, obwohl er während des Kastraktionsaktes nur geringen Schmerz fühlte. Eine gewisse autosuggestive Einengung wird also vorhanden gewesen sein. Die Motive seines Handelns, Scham über sein pathologisches Laster und der Wunsch, seine von ihm geliebte Frau vor weiteren gefährlichen Graviditäten zu bewahren, müssen sehr stark gewesen sein.

Die Folgen der Kastration waren gering: Geschlechtstrieb weiter vorhanden, wenngleich schwächer und seltener. Beim Coitus sogar noch geringe Ejakulation (von Prostata- und Bartolini-Sekret). Geistig geringere Launenhaftigkeit, Reizbarkeit, größere geistige Regsamkeit als vorher.

2. Ein 20jähr. Seemann kam zu uns, weil er eine Menge Stecknadeln und 2 Löffelstiele verschluckt hatte. Schon als Kind hatte er, etwa vom 7. Jahr an, den Trieb, allerlei Dinge zu verschlucken, z. B. Kirsch-

kerne, Erbsen, Bohnen, Knöpfe, Münzen. Allmählich verschlang er immer größere Gegenstände (Nägel, zugespitzte Holzstückchen) und mußte sie immer mehr herunterwürgen. Beim Zurückwürgen dieser Stücke fühlte er eines Tages, es war im 14. oder 15., also geschlechtsreifen Jahre, daß dabei geschlechtliche Erregung auftrat; von da an war der Trieb zum Verschlucken fast stets mit Orgasmus verbunden und trat so imperativ auf, daß innere Unruhe ihn so lange quälte, bis er nachgab. In den letzten Jahren hatte er, da kleine Gegenstände nicht mehr genügten, immer heroischere Objekte zu sich genommen, z. B. ganze Pakete von Stecknadeln, zerbrochene Löffelstiele u. a. Die meisten gingen spontan ab, mehrere größere mußten durch Gastro- oder Laparatomie entfernt werden.

Manifest hysterische Zeichen fehlten auch hier, ein latenthysteroider Zustand muß angenommen werden. Psychologisch hatte sich der Trieb, Fremdkörper zu verschlingen, aus kindlichen Anfängen allmählich zu zwangsmäßig auftretenden Impulsen umgewandelt, welche dann in geschlechtsreifen Jahren sich mit geschlechtlicher Erregung verbanden. Manche sonst unklare Fälle von Selbstbeschädigung mögen weniger Erklärung fordern.

Diskussion: *Cimbal*-Altona: Kastrationen aus Weltanschauungsgründen ohne ersichtliche Krankheitsgrundlage scheinen häufiger geworden zu sein, seit die Röntgenbestrahlung eine ungefährliche Ausführung ermöglicht. Die Wirkung ist meist nicht die gewünschte. Weder die Onanie noch die Perversionen scheinen durch die Kastration in genügender Weise beeinflußt zu werden, selbst wenn jede Produktion von Keimzellen nachweislich erloschen ist.

Kobert-Holst. Schweiz: Auch heute noch oder wenigstens bis in die neuere Zeit hinein kommen in Rußland Selbstverstümmelungen vor, bestehend in Kastration und zwar aus religiösen Gründen, um sittliche Reinheit zu erzielen. Es handelt sich um die Sekte der Skopzen.

Trömner — Schlußwort: Die bekannte Skopzensekte existiert seit Anfang 1700 und lebt trotz aller Gegenbemühungen der russischen Regierungen jetzt noch. — Herrn *Cimbals* Mitteilung ist sehr beachtenswert. Die Folgen der Kastration hängen vom Kastrationsalter ab. Die Kohabitation blieb auch in meinem Falle möglich, sogar mit schwacher (Prostata-)Ejaculation. Geistig wurde, von der Frau, größere Lebhaftigkeit beobachtet.

Zur pharmakologischen Untersuchung des Zentralnervensystems.

Rosenfeld-Rostock berichtet über Beobachtungen an Nerven- und Geisteskranken, welche zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken Scopolamin und Physostigmin erhalten hatten. Es wurden untersucht Kranke mit Pyramidenbahnerkrankungen, striär Erkrankte, Choreatiker, Tabische, zerebellär Erkrankte, Kranke mit Athetose, Epileptiker und Geisteskranke ohne neurologische Störungen. Geachtet wurde besonders auf das Verhalten des Muskeltonus, den Grad der Spasmen, auf Tremor, fibrilläre oder faszikuläre Zuckungen, Haut- und Sehnenreflexe und die Dorsalflexion der großen Zehe.

Scopolamin provoziert bekanntlich die Dorsalflexion der großen Zehe. Der Scopolaminversuch kann zu diagnostischen Zwecken benutzt werden, um eine beginnende Schädigung der Pyramidenbahnen frühzeitig zu erkennen (cf. M. M. Woch. 21, Nr. 31). Bei genügend hohen Dosen kann man auch bei neurologisch gesunden Geisteskranken die Dorsalflexion hervorrufen, die sogar dann noch bestehen bleibt, wenn bereits völlige Muskelerschlaffung und Herabsetzung der Haut- und Sehnenreflexe bestehen. Daraus läßt sich zunächst schließen, daß das Scopolamin an dem Pyramidenbahnsystem direkt angreift, und daß der Tonus der Muskulatur für das Auftreten der Dorsalflexion nebensächlich ist. Andererseits ist aber doch das Scopolamin ein Mittel, welches auch schon in kleinen Dosen hypertonische Zustände striären Ursprungs herabsetzt. Also dasselbe Mittel schwächt einerseits den striären Tonus und erzeugt andererseits die Dorsalflexion der großen Zehe, welche sich gewöhnlich mit hypertonischen Zuständen pyramidalen Ursprungs zu verbinden pflegt. Das läßt die Vermutung zu, daß beim Zustandekommen der Dorsalflexion der striäre Tonus doch eine Rolle spielt. Durch Physostigmin läßt sich die Dorsalflexion wieder beseitigen. Dies ist um so auffälliger, als Physostigmin den parasympathischen Tonus sowohl für die glatte, wie für die quergestreifte Muskulatur steigert. Bei striär Erkrankten scheint das Scopolamin bekanntlich den Tonus herabzusetzen. Dabei ist es auffallend, daß bei Striären sich durch Scopolamin sehr schwer die Dorsalflexion der großen Zehe hervorrufen läßt. Wenn nach kleinen Dosen von Scopolamin bei Striären die Dorsalflexion auftritt, so ist der Verdacht einer Miterkrankung der Pyramidenbahnen gerechtfertigt. Physostigmin erzeugte bei zwei jugendlichen, halbseitig striär Erkrankten mit Bewegungsarmut und leichtem Rigor ohne Versteifungen eine sehr starke Zunahme des halbseitigen Tremors, die nicht auf faszikulären Zitterbewegungen, sondern auf groben sakkadierten Bewegungen beruhte. Für das Physostigmin ergab sich also, daß es auch in kleinen Dosen bereits zentral angreift. In zwei Fällen von Rückenmarksaffektion mit schweren Spasmen und Dorsalflexion der großen Zehe bewirkte Physostigmin ein Nachlassen der Spasmen und Schwinden der Dorsalflexion. Auf die Bewegungsstörungen der Choreatiker, Tabiker, Athetotiker und zerebellär Erkrankten hatten die beiden Mittel in kleinen Dosen keinen Einfluß. Bei Epileptikern ließ sich kurz nach dem Anfall durch Scopolamin meist verhältnismäßig leicht Dorsalflexion der großen Zehe auslösen. Physostigmin wirkte auch in großen, bereits erheblich toxisch wirkenden Dosen nicht krampfauslösend.

Ref. weist darauf hin, daß diese Beobachtungen wieder von neuem zeigen, daß bestimmte Pharmaka offenbar an ganz bestimmten nervösen, zerebralen und spinalen Systemen angreifen. Manche sich scheinbar widersprechenden Resultate erklären sich vielleicht durch individuelle Fakturen, und zwar aus der spezifischen Organisation der reagierenden nervösen Substanz. Bezüglich der Möglichkeit einer therapeutischen Beeinflussung psychotischer Syndrome, denen in manchen Fällen ja vielleicht auch eine Erkrankung bestimmter Systeme zugrunde liegt, braucht man nicht absolut pessimistisch zu sein; vielleicht lassen sich auch hier noch wirksame Mittel oder Kombinationen verschiedener

Mittel finden, welche auf psychotische Syndrome eine ganz spezifische Wirkung haben.

Diskussion: *Runge*-Kiel: Außer Physostigmin, das nach den Untersuchungen des Vortr. Tremor bei striären Erkrankungen steigert, ruft dieselbe Wirkung Adrenalin hervor. Bemerkenswert ist, daß also ein Mittel, das den Parasympathikotonus steigert, hier die gleiche Wirkung hat wie ein Mittel, das den Sympathikotonus steigert. Eine Erklärung für diese Erscheinung ist bisher nicht zu geben.

A. Jakob-Hamburg macht darauf aufmerksam, daß nach seinen Erfahrungen das Babinskische Phänomen bei kombinierten pyramidalen und extrapyramidalen Erkrankungen nicht mehr deutlich in Erscheinung tritt. Es spricht manches dafür, daß beim Babinski, der ja beim Neugeborenen mit Pallidumreife vorhanden ist, das noch nicht striär und cortico-thalamisch gezügelte Pallidum beteiligt ist. Die Pyramidenreife unterdrückt dann den in seiner höchsten Instanz als pallidär anzusprechenden Babinskireflex. Bei kombinierter Pyramiden- und striopallidärer Erkrankung wird offenbar durch die letztere Komponente das Erscheinen dieses Reflexes unmöglich gemacht. Vielleicht sind auch die interessanten Ergebnisse *Rosenfelds* auf eine solche Wechselwirkung zwischen Extrapyramidium und Pyramidium zurückzuführen. Interessant ist hier auch die von amerikanischen Autoren festgestellte Tatsache, daß der zweifelhafte oder nicht leicht auszulösende Babinski nach minutenlangem tiefem Atmen deutlich in Erscheinung tritt.

Metz-Neustadt i. Holst.: Über Gehirneisen bei pathologischen Prozessen.

Die verschiedenen nervösen Stützgewebszellen — nach *Cajal* und *del Rio Hortega*: Astrocyten, Oligodendroglia und Hortegazellen — speichern Eisen in für jede Zellart charakteristischer Form, Hortegazellen auch Eisenpigment; sie allein bilden wahrscheinlich Eisenkörnchen(gitter)-zellen. Die physiologische granuläre Speicherung in Subst. nigra und Pallidum ist in Oligodendrogliazellen: bei zwei schweren parenchymatösdegenerativen Prozessen fand sich granuläres Fe in Großhirnrinde, Ammonshorn, Kleinhirnrinde, Claustrum, Thalam. opt., Nucl. ruber, Corp. Luys., Nucl. dendat. cerebell., Striatum, Pallidum, Subst. nigra in z. Tl. außerordentlich gesteigerten Mengen. Die Oligdz. waren bei schwachem Fe-Gehalt die einzigen, bei starkem die zahlreichsten mit Speicherung. Speichernde Hortz. traten nur in Stellen stärksten Fe-Gehaltes hervor, fehlten sonst nicht völlig. Astrocyten waren in geringstem Maß beteiligt. Nur in Gebieten stärksten Fe-Gehalts (Striatum, Pallidum bei Huntingtonscher Chorea) war vermehrte Speicherung in H.-Zellen und Astrocyten um Gefäße. Das mesodermale Gefäßgewebe war frei bis auf ganz geringe Mengen im genannten Striatum. Bei einer juvenilen Paralyse waren in der Subst. nigra stellenweise sämtliche H.-Zellen durch starke granuläre Fe-Speicherung hervorgehoben. Die physiologische Oligodendroglia-Speicherung war dort nicht vermehrt. Im Striatum und Pallidum bei Paralysen überwog öfter das Fe in H.-Zellen stark die Menge des granulären Gefäßeisens. Bei einem Fall von Arteriosklerose

mit zahlreichen kleinen Blutungen und Erweichungen war ein junger Herd im Kleinhirnmark. Er bestand zentral aus einem Haufen mesodermaler Fe-Körnchenzellen. In seiner ektodermalen Umgebung waren zahlreiche Gefäße umlagert von Eisenkörnchenzellen, es hatten im ektodermalen Gewebe fast ausschlißelich H.-Zellen Fe gespeichert. Bei einem alten Herd zwischen Thalam. opt. und Nucl. caudat., der im mesodermalen Zentrum zahlreiche Fe-Körnchenzellen hatte, waren ektodermal solche fast nicht mehr, die Gefäße nicht umlagert, hauptsächlich Astrocyten und Oligoz. hatten Fe gespeichert. Ein alter Herd in der Caps. int., der in der Mitte mesodermale Fe-Körnchenzellhaufen hatte, wies in der ektodermalen Umgebung fast kein Fe mehr auf. Die Erscheinungen dieser Herde lassen vielleicht den Ablauf der Eisenspeicherung im ektodermalen Gewebe bei Blutung erkennen. Bei dem ersten Herd haben H.-Zellen den Transport des Fe vermittelt. Bei Paralyse wird Transport von den Gefäßen weg durch H.-Zellen vermutet. Speicherung des Fe vorwiegend in Oligo-Zellen ist möglicherweise für parenchymdegenerative Prozesse kennzeichnend.

Kafka-Hamburg: Über die Paraffinreaktion der Rückenmarksflüssigkeit. (Erscheint ausführlich in der Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie.)

W. Kirschbaum-Hamburg: Über eigenartige Einflüsse endogener Psychosen auf Asthma bronchiale und Heuschnupfen.

Nach dem augenblicklichen Stande der Forschung sind für Asthma bronchiale und Heuschnupfen im wesentlichen drei verschiedene Faktoren ätiologisch verantwortlich zu machen: psychische (psychopathische), allergische und endokrine Komponenten, welche in ihrer verschieden starken Beteiligung die Eigentümlichkeit jedes Asthma- etc. Falles ausmachen. Asthma bronchiale wird als eine im Bronchialsystem lokalisierte Organneurose angesehen, die in vielen Fällen in einer Eiweißzerfallstoxikose ihren Ursprung hat. Diesen Vorstellungen von der eiweißtoxischen bzw. endokrinen Genese des Asthma bronchiale bzw. Heuschnupfens kommen Beobachtungen entgegen, die sich aus eigenartigen Wechselbeziehungen von Asthma bronchiale und Heuschnupfen und endogenen Psychosen (u. a. Dementia praecox-Fällen) ergeben haben. Es zeigte sich an einem Material von 10 Fällen, daß Asthma bronchiale mit dem Einsetzen der schweren psychischen Erkrankung aufhört und nach deren Ende wieder einsetzt. Die gleiche Beobachtung wurde an einem mit hoher Wahrscheinlichkeit auf rein allergischem Wege regelmäßig jeden Sommer erkrankenden Falle von Heuschnupfen gemacht. Hier brach vor 2 Jahren eine schwere Katatonie aus, in der die Patientin noch heute verharrt und trotz ihres Aufenthalts an den Stätten, wo sie sonst zur Zeit der Grasblüte schwere Heuschnupfenattacken bekam, jetzt schon zwei Sommer über keinerlei ähnliche Störungen gehabt hat. Mit der Ausschaltung des psychischen Faktors, der fraglos sehr viel bei der Asthma- und Heuschnupfen-Pathogenese beteiligt ist, kann das Ausbleiben von Asthma und Heuschnupfen bei schwerer Psychose nicht allein erklärt werden. Das beweisen u. a. recht charakteristische Verände-

rungen des relativen (Differential-)Blutbildes. Es ließ sich an 2 Fällen feststellen, daß in der Psychose ein ziemlich normales Verhältnis der einzelnen weißen Blutkörperchen besteht, während nach Wiedereinsetzen des chronischen Asthmas das Blutbild sich grundlegend ändert und in dieser Veränderung verharrt. Es sind zunächst die Mononukleären, die sehr stark unter dem Asthma vermehrt sind, dann wird die Zahl der eosinophilen Zellen größer. Aus der Mononukleose können vielleicht auch Schlüsse auf die endokrine Genese des Asthmas und u. U. der voraufgegangenen Psychose gezogen werden. Auch bei der Gruppe der Dementia praecox scheinen ähnlich, wie wir es mit größerer Sicherheit für bestimmte Asthma bronchiale und Heuschnupfenfälle wissen, Störungen im Eiweißstoffwechsel, vielleicht auf Grund hormonaler Störungen, vorzuliegen. In diesem Sinne scheint das eigenartig antagonistische Verhalten der beiden Erkrankungen zu sprechen.

Diskussion: *Trömner*-Hamburg hält das Zusammentreffen von Asthma mit Psychose, speziell mit Dementia praecox, doch für zu selten und die klinischen Unterschiede zwischen beiden Krankheiten doch für zu groß, um daraus jetzt schon ätiologische Schlüsse ziehen zu können.

Kirschbaum-Hamburg: (Schlußwort): Fälle der von mir beschriebenen Art sind natürlich selten. Es wird auch nicht in allen Fällen von Asthma und Psychose der beschriebene Antagonismus vorhanden sein. Asthma bronchiale und Dementia praecox sind durchaus keine allemal gleichen und einheitlichen Störungen. Wo beide Erkrankungen sich aber so eigenartig zueinander verhalten, scheinen Beziehungen vorzuliegen, die auf die Genese der beiden nervösen Störungen neues Licht werfen.

Langelüddeke-Hamburg: Untersuchungen über die Rhythmik Geisteskranker.

Man kann drei Gruppen von Hypothesen über die Entstehung des Rhythmus unterscheiden: Die eine Gruppe sieht die Grundlage des Rhythmus in körperlichen Erscheinungen (Herzschlag, Atmung, Gang); eine zweite führt den Rhythmus auf psychische Vorgänge (Schwankungen der Aufmerksamkeit) zurück, die dritte konstruiert einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Arbeit und Rhythmus. Gegen alle ist einzuwenden, daß es rhythmisch Begabte und Unbegabte gibt, und daß die letzteren nicht der Grundlagen entbehren, die nach den genannten Hypothesen zum Rhythmus führen müßten. Wir müssen uns daher einstweilen mit der Annahme einer weiter nicht erklärbaren rhythmischen Anlage, die wieder in eine Reihe von Sonderbegabungen zerfällt, begnügen. Vortr. stellte an 13 gesunden Erwachsenen und 54 Geisteskranken folgende Versuche an: 1. Die Schläge eines Metronoms waren mitzuklopfen; einmal ohne besondere Anweisung, einmal mit der Aufgabe zu rhythmisieren; 2. waren Gruppen von 5 Schlägen in beliebigem Tempo zu klopfen; 3. wurden einige Zeilen aus „Hermann und Dorothea" gelesen und zugleich geklopft und 4. war nach einem auf dem Grammophon gespielten Walzer der ¾-Takt zu klopfen. Geklopft wurde auf den Knopf eines umgekehrten Herzspitzenstoßschreibers, der die Taktierbewegungen auf ein Kymographion übertrug. An einer Reihe von Kurven werden ver-

schiedene Eigentümlichkeiten gezeigt und besonders darauf hingewiesen, daß sich bei einer größeren Zahl von Schizophrenen Erscheinungen finden, die darin bestehen, daß betonte und unbetonte Taktteile gleich behandelt werden, daß dynamische und agogische Akzente fortfallen. Diese rhythmischen Abweichungen werden auf eine Affektanomalie bezogen, die Vortr. als „Affektstarrheit" bezeichnet; dabei ist die affektive Ansprechbarkeit erhalten, aber gleich starr auf Wichtiges und Gleichgültiges. Ganz kurz werden die weiteren Aufgaben auf diesem Gebiete angedeutet.

Diskussion: *Rosenfeld*-Rostock weist auf eigene Versuche hin, welche auch zu dem Zweck angestellt waren, das ryhthmische Gefühl von Geisteskranken und geistig Gesunden zu prüfen. Die Versuchsanordnung war eine ähnliche, wie sie der Vortr. mitgeteilt hat. Die Versuchsperson wurde aufgefordert, einen ihr vorgeklopften Rhythmus nachzuklopfen, und zwar mit einem in einen Stromkreis eingeschalteten einfachen Stromunterbrecher, wodurch zugleich eine graphische Darstellung der Leistungen der Kranken ermöglicht wurde. Die verschiedenen Kranken zeigten bei diesen Versuchen ein sehr verschiedenartiges Verhalten. *R.* glaubte aus seinen Versuchen entnehmen zu können, daß das Vorhandensein resp. die Störungen der rhythmischen Mitempfindungen und Ausdrucksbewegungen ein Gradmesser für das Vorhandensein oder Fehlen einer affektiven Ansprechbarkeit und Erregbarkeit sein könne. Vgl. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 71, S. 762, Sitzungsbericht d. Deutschen Vereins f. Psychiatrie.

Bolte-Bremen: Schizophrene Musiker zeigen eine deutliche Störung der Rhythmik, welche bei Man. depressiven nicht beobachtet wird. Die von *Moebius* behauptete Dementia praecox *Schumanns* wird schon durch die Rhythmik *Schumanns* widerlegt.

Rittershaus-Hamburg: Bei der Frage des Rhythmus beim Normalen kommt sicherlich auch viel auf die Rasse an, die westische Rasse hat ausgesprochene motorisch-rhythmische Veranlagung (spanische, süditalienische Tänze, französische Volkslieder u. a. und Beethoven konnte nicht tanzen, weil ihm jedes westische Blut fehlte.

Weygandt-Hamburg: Die Prüfung des Sinnes für Rhythmus muß auf individualpsychologische Unterschiede Rücksicht nehmen. Die Versuche gehören, wie auch die pharmakopsychologischen von Prof. *Rosenfeld*, in den Bereich der Experimentalpsychologie. Deren Studium könnte uns vielfach über bloße Beobachtung hinaus zu sicheren Zahlenwerten führen.

Draeseke-Hamburg weist auf die rhythmischen Bewegungen hin, die in der Hilfsschule in Hamburg in heilpädagogischer Absicht regelmäßig unternommen werden.

Trömner-Hamburg: Herr *Draeseke* will nicht so verstanden werden, daß rhythmische Begabung auf allgemeine Intelligenz schließen läßt. Im Gegenteil rhythmisieren Schwachsinnige manchmal auffallend gut. Das Beispiel Beethovens ist nicht isoliert, rhythmische Begabung und allgemeine Musikalität sind nicht selten entgegengesetzt. Vielleicht hilft hier der Unterschied zwischen sensorischer und motorischer Rhythmik weiter.

Langelüddeke-Hamburg (Schlußwort): Die Untersuchungen *Rosenfelds* waren dem Vortr. bisher nicht bekannt. *Rittershaus* gegenüber bezweifelt er die Bedeutung, die dieser der Rasse zuschreibt: Germanen scheinen den fallenden, Romanen den steigenden Rhythmus zu bevorzugen. Rhythmik und Harmonik stehen in einem gewissen Wechselverhältnis; bei gering entwickelter Harmonik kann die Rhythmik komplizierter sein als bei fortgeschrittener Harmonik.

Weygandt-Hamburg: Über den Geisteszustand bei Chondrodystrophie.

Vortr. betont nach einem Überblick über die Hauptsymptome die Degenerationszeichen sowie den Hydrocephalus, dann die formes frustes und die Exzessivfälle, insbesondere die Erblichkeit, die sich manchmal in 4 Generationen nachweisen läßt. Fälle von Mikromelie liegen schon den Darstellungen der altägyptischen Gottheiten Ptah und Bes zugrunde, ebenso finden sie sich in älteren Beninbronzen. Im Mittelalter bis in die neuere Zeit dienten Mikromele vielfach als Hofzwerge und Hofnarren; in derartiger Funktion sind sie in manchen Werken anzutreffen, so bei Velasquez und Molenaer. Auch bei Tieren sind analoge Degenerationen beobachtet, bei Kälbern, Lämmern, Hunden, Pferden usw.

Die Pathogenese ist noch unsicher. Die Annahme einer endokrinen, insbesondere hypophysären Grundlage ist nicht stichhaltig. *Murk Jansens* Theorie, daß vererbliche Amnionenge zugrunde liege, ist nicht vereinbar mit der Vererbung vom Vater her.

Psychisch ist bemerkenswert: 1. In einigen Fällen Schwachsinn; 2. eine heitere, lebhafte Gemütsart, die im Verein mit Muskelstärke sie mehrfach zum Berufe eines „Zwergclowns" geeignet werden läßt. 3. Eine erhöhte Sexualität. 4. Vereinzelt Kombination mit Psychosen, wobei die mikromele Degeneration mit Hydrozephalie wohl die Disposition potenziert.

Eingehend werden 2 Fälle geschildert: 1. eine 132 cm große Mikromelin, deren Mutter und Bruder ebenso mißgebildet sind, Kunststopferin, die sehr starken und perversen Sexualtrieb zeigt. Zynisch berichtet sie, daß sie seit dem 5. Jahre onaniere, daß sie fast täglich mehrmals coitiere, aber am liebsten sich prügeln, beißen, treten und beschimpfen lasse. Auch vor Zuschauern habe sie schon Geschlechtsverkehr gehabt, auch mit einem Hunde.

2. Ein 147,5 cm großer leicht Mikromeler, mit doppelter Hüftgelenksluxation, erkrankte 26jährig psychisch, wurde unruhig, verwirrt, äußerte faselige Verfolgungsideen, im wesentlichen schizophrener Art, im übrigen ist er heiter und harmlos.

Diskussion: *Trömner*-Hamburg fragt, ob Zusammenhänge zwischen Chondrodystrophie und Myopathien bestehen. Bei einem seiner Fälle von Muskeldystrophie bestand Ch. in der Aszendenz (beim Vatersbruder). Bei einem von *W.*s Bildern schien ein Muscularis-Defekt vorzuliegen.

Weygandt-Hamburg (Schlußwort): Muskelatrophien und -dystrophien sind bei Mikromelie nicht bekannt.

Wiethold-Rostock: Über Erfahrungen mit Dauernarkose. Nach einer kurzen Übersicht über die bisherige Literatur über die Dauernarkoseanwendung bei Geisteskranken wird über günstige Resultate in der Gehlsheimer Klinik berichtet, die bei Dauerschlafbehandlung mittels einer Kombination von Paraldehyd und Scopolamin erzielt wurden. Die Möglichkeit und Wirkungsweise einer günstigen Beeinflussung des Zustandsbildes der Psychose durch Dauernarkose wird unbeschadet der mehr physiologisch orientierten Theorie *Kläsis* vor allem durch psychologische Zusammenhänge zu erklären versucht.

Diskussion: *Cimbal*-Altona: Für die Einleitung von Dauerschlafzuständen hält *Cimbal* das Somnifen als einziges Mittel nicht für geeignet, da es den Kräftezustand durch Beeinflussung des Sympathikustonus stark erschüttert. Es ist zweckmäßiger, mit intramuskulären Einspritzungen von Luminalnatrium oder mit anderen Kombinationen, die nicht blutdrucksenkend sind, abzuwechseln und den Blutdruck gleichzeitig auf anderem Wege zu steigern. Somnifen wirkt oft auffallend günstig auf affektive und nervöse Reizzustände in kleinsten Mengen von 3 bis 4 Tropfen unverdünnt auf die Zunge genommen.

Rittershaus-Hamburg: Eine altbekannte pharmakologische Erfahrung sagt, daß bei Kombination mehrerer ähnlich wirkender Arzneimittel oft wesentlich kleinere Dosen genügen. So verwendet z. B. Ref. Paraldehyd 2,0 + Chloral 1,0 + 1 Teelöffel Heroinsaft o. ä. Auch bei dem Versuch der Dauernarkose würde man wohl zweckmäßig mehrere Narkotika kombinieren.

Wiethold-Rostock: (Schlußwort).

Matzdorff, Paul, Hamburg: Die praktische Bedeutung von Blutbeimengungen zum Liquor cerebro-spinalis bei den Kolloidreaktionen.

Reihenuntersuchungen von Normosal, dem Blut in ansteigender Menge beigefügt wurde, ergaben in bezug auf die Normomastixreaktion, daß Blutbeimengungen von weniger als $^1/_{20}$‰ keine Veränderung der der geraden Normosalkurve hervorrufen. Bei stärkerem Blutgehalt zeigt sich eine Ausfällung, deren Maximum zuerst links von der üblichen Versuchsreihe liegt, mit zunehmender Konzentration auf der Kurve sichtbar wird und dann weiter nach rechts wandert, ohne seine Tiefe wesentlich zu ändern, um schließlich in die Serumkurve überzugehen. Ein „konstanter Verhältnisbruch" ist also unter diesen Versuchsbedingungen, bei denen Eiweißlösungen von zunehmender Konzentration, aber gleicher prozentualer Zusammensetzung der verschiedenen dispersen Eiweißkörper vorhanden sind, nicht festzustellen. Die Kurve des normalen Liquor cerebro-spinalis wird erst durch Blutbeimengungen von 0,5—1‰ verändert. Hier tritt eine leichte Trübung im 3.—4. Röhrchen auf. Dann vertieft sich das Maximum mit zunehmendem Blutgehalt und wandert nach rechts. Die Kurve eines normalen Liquor kann also durch Blutbeimengungen so verändert werden, daß eine Lueszacke oder eine Meningitiskurve vorgetäuscht wird. Das Maximum der Paralysekurve wird durch Blutzusatz zum normalen Liquor abgeflacht, zuge-

spitzt und nach rechts verschoben, so daß es schließlich ebenfalls in die Serumkurve übergeht. Bei mehr als 10‰ Blutgehalt überwiegt der Einfluß der Serumkurve derartig, daß normaler und paralytischer Liquor kaum noch voneinander zu unterscheiden sind. Man wird also bei einem Blutgehalte von mehr als 150 000 R. B. K. in der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer auf die Mastixreaktion verzichten und bei geringeren Blutbeimengungen die Mastixkurven nur aus einem Vergleich mit entsprechenden Standardkurven verwerten. Erhält man verschiedene Portionen blutigen Liquors zur Untersuchung, dann muß man die einzelnen Röhrchen aus der gleichen Portion füllen.

Diskussion: *Kafka*-Hamburg betont die praktische Bedeutung dieser Untersuchungen.

A. Jakob und *Onari*-Hamburg: Über einen eigenartigen Fall extrapyramidaler Erkrankung mit psychischen Störungen.

Ein Mädchen aus anscheinend gesunder Familie, von Geburt aus geistig zurückgeblieben; langdauernde Geburt, kam asphyktisch zur Welt; lernte schlecht; Gang von jeher schwankend, steif, dabei eigenartige, offenbar athetoide Bewegungen der Hände und des Gesichts. Sprache von jeher schlecht artikuliert und langsam. Mit 35 Jahren deutliche Progression der Erscheinungen, wurde immer apathischer und bewegungsloser, mußte völlig besorgt werden, konnte nicht mehr gehen. Mit 40 Jahren Hinzukommen von Verwirrtheits- und Erregungszuständen. Mit 41 Jahren Aufnahme in Friedrichsberg: Ängstlicher Verwirrtheitszustand, intellektuell unterentwickelt, zeitweise mutistisch, Spannungen in den Extremitäten, Astasie, Abasie, Dysarthrie, bei normalen Reflexen, Akinese. Gespannt katatoner Gesamteindruck. 10 Tage nach Krankenhausaufnahme Exitus. Leicht atrophisches Gehirn mit eigenartiger marmorierter Striatumzeichnung. Im Markscheidenpräparat ein Status marmoratus im Striatum und ein Status dysmyelinisatus im Pallidum. Schwere reine Parenchymdegeneration der großen und vornehmlich kleinen Zellen im Striatum mit eigenartigen Gliainseln ohne Gliafaserbildung. Parenchymdegeneration im Pallidum mit schweren Ganglienzellausfällen, starke Konkrementbildungen im Pallidum eigener Art, desgl. im lateralen Thalamuskern. Dieses ganze Kerngebiet zeigt an der Stelle von Ganglienzellen Pseudokalkniederschläge, umgeben von kleinen Gliaelementen. Auch das Dentatum zeigt besonders schwere Ganglienzellentartungen mit Pseudokalkniederschlägen an den Gefäßen. Die übrigen Kerngebiete wie die Rinde auffallend blasse Ganglienzellzeichnungen. In der gesamten Rinde allgemeine atrophische Vorgänge; nur Centr. ant. z. T. sehr schwer verändert im gleichen Sinne wie der laterale Thalamuskern. Der Fall ist nosologisch schwer zu rubrizieren, ist offenbar eine Verbindung von Status marmoratus des Striatum mit Status dysmyelinisatus des Pallidum und steht den Fällen von *Hallervorden-Spatz* am nächsten. Experimental-symptomatologisch gehört er offenbar dem athetotischen Syndrom an mit Ausgang in Versteifung. Für diese Symptomatologie kann hier wiederum in erster Linie die fortschreitende Pallidumdegeneration angeschuldigt werden. Die psychischen Störungen sind wohl in erster Linie auf den Cortex zu beziehen. Interessant ist

die starke Beteiligung des lateralen Thalamuskernes bei relativem Freisein des roten Kerns und der Substantia nigra. Der Fall zeigt wohl eine starke systematische Prononcierung ohne strenge Systemauswahl und zeigt wiederum, daß die extrapyramidalen Affektionen, wenn sie den Cortex mit angreifen, ganz vornehmlich die Centralis anterior befallen (Systemverwandtschaft). — Der Fall wird ausführlich von *Onari* beschrieben.

Josephy-Hamburg berichtet über therapeutische Eigenblutinjektionen bei endogenen Psychosen. Injiziert wurden 10—20 ccm in Abständen von 3—8 Tagen. Das Blut wurde mit steriler Spritze aus der Armvene entnommen und sofort wieder intraglutäal eingespritzt. In einigen Fällen, besonders solchen mit akuten Erscheinungen, trat nach der Injektion erhebliche Besserung und sogar Heilung ein.

Hanse-Kiel: Frauenkrankheiten und Nervensystem.

Von jeher wurden Frauenkrankheiten und nervös-psychische Störungen in mannigfaltigen Zusammenhang gebracht. Vor allem die Hysterie galt von altersher als eine spezifisch weibliche, auf Erkrankung des Uterus oder seiner Anhänge zurückführende Neurose. Selbst Freund erklärte im Jahre 1902 noch die Hysterie als eine genital bedingte Reflexneurose und führte als dessen Ursache besonders eine Parametritis chronica atrophicans an. Vor allem aber waren es *Bossi* und seine Anhänger, welche nicht nur Psychosen und Psychopathie, sondern vor allem auch den Selbstmord auf genitale Ursachen zurückführen und durch entsprechende Operationen glaubten heilen zu können. Zwar trat diesen Anschauungen *Siemerling* entschieden entgegen, und andere Forscher wie *Bumke*, *Walthard*, *Peretti*, *v. Jauregg*, *König* und *Linzenmeyer* schlossen sich ihm an, trotzdem aber begegnen wir auch heute noch immer wieder ähnlichen Anschauungen.

Neuerdings versucht man vor allem die Epilepsie auf genitale Anomalien zurückzuführen und spricht direkt von einer „ovariellen Epilepsie". Durch operative Behandlung und Röntgenkastration will man gute Erfolge erzielt haben. Nun ist zwar nicht zu leugnen, daß gewisse Beziehungen bestehen zwischen Epilepsie und genitalen Vorgängen; sehen wir doch oft im Anschluß an die Menstruation epileptische Anfälle auftreten oder sich steigern. Aber deshalb ist doch nicht der ovarielle Vorgang die eigentliche Ursache der Anfälle, sondern es muß doch immer eine spezifisch epileptische, konvulsive Reaktionsfähigkeit des Gehirns angenommen werden, welche ebenso wie auf Reize irgendwelcher Art nun auch einmal auf ovarielle Dysfunktionen hin in krankhafte Erscheinung treten kann. Wenn auch nicht geleugnet werden soll, daß wohl vorübergehend die Anfälle durch Beseitigung dieses ovariellen Reizes koupiert werden können, so muß doch andrerseits betont werden, daß die Epilepsie als solche dadurch nicht geheilt werden kann, da ja die spezifische Reaktionsfähigkeit dadurch nicht beseitigt wird.

Dasselbe gilt auch von der Hysterie. Selbst wo hysterische Erscheinungen in zeitlichem Zusammenhang mit gynäkologischen Leiden auftreten, wird man, wie auch *Binswanger* betont, bei eingehender Anamnese immer gewisse Eigentümlichkeiten finden, welche schon vor der genitalen

Erkrankung vorhanden waren und durch diese höchstens eine Steigerung erfuhren.

Vielfach wurde der Versuch unternommen, die Schizophrenie auf gynäkologische Störungen zurückzuführen. Der häufige Ausbruch dieser Erkrankung in der Pubertät oder während der Menstruation läßt ja auch an derartige Beziehungen denken. Dazu kommt, daß gerade bei der Schizophrenie vielfach ein pathologischer Genitalbefund erhoben werden konnte. Erinnert sei dabei nur an die Hypoplasie uteri et ovariorum, wie sie vor allem *L. Fränkel* beschrieb. Aber deshalb kann man doch nicht die Psychose nun einfach auf diese genitale Anomalie zurückführen, sondern beide Störungen sind der Ausdruck einer allgemeinen konstitutionellen Minderwertigkeit oder, wenn man will, eines Infantilismus cerebri et ovariorum (Fränkel).

Zwar ist wohl zuzugeben, daß bisweilen nervöse Störungen allgemeiner Natur die Folge eines gynäkologischen Leidens sein können. Ebenso wie jede andere Erkrankung, so kann natürlich auch ein Frauenleiden selbst ein primär gesundes Nervensystem in seiner Widerstandskraft herabsetzen. Besonders wird das der Fall sein, wenn durch entzündliche Infiltrationen oder Verwachsungen im Bereiche des nervenreichen und empfindlichen *Douglas*'schen Raumes eine ständige Irritation vorhanden ist. Reflektionsgemäße Überwertung, das Gefühl, „unterleibsleidend, geschlechtskrank" zu sein, werden naturgemäß die Beschwerden steigern und fixieren. Die dadurch bedingten nervösen Störungen werden dabei aber durchweg Formen annehmen, wie wir sie kennen von der erworbenen Erschöpfungsneurasthenie. Es ist aber verständlich, daß diese Beschwerden besonders bei schon vorher nervösen Frauen in Erscheinung treten.

Da ist es nun vor allem ein bestimmter Typ, bei welchem wir den mannigfaltigsten nervösen Erscheinungen begegnen. Es ist dies der von *Mathes* charakterisierte Habitus asthenicus oder Habitus asthenicoptoticus. Da dieser Typ neben einer allgemeinen psycho-somatischen Hinfälligkeit durch eine besondere Empfindlichkeit und Labilität des vegetativen Nervensystems ausgezeichnet ist, verstehen wir, daß gerade bei ihnen als viszero-sensorische Reflexwirkungen im Sinne von *Makenzie* und *Head* die verschiedensten nervösen „Fernwirkungen" in Erscheinung treten. Durch die innigen Beziehungen, welche zweifellos zwischen vegetativem Nervensystem und Affektleben vorhanden sind, verstehen wir aber auch, daß es gerade bei diesen Frauen im Anschluß an gynäkologische Störungen selbst harmlosester Art zu ausgesprochen pathologischen Stimmungsschwankungen kommen kann. Dabei ist nun aber nicht die genitale Erkrankung von ausschlaggebender Bedeutung, sondern die beschriebene psycho-somatische Asthenie.

Vielfach ist es überhaupt so, daß auch das gynäkologische Leiden der Ausdruck dieser Minderwertigkeit ist. Zum mindesten gilt diese Annahme für die verschiedenen Flexionsanomalien des Uterus, für Hyperplasie genitalis, vielleicht auch für die kleinzystische Degeneration der Ovarien und für manche Formen blastomatöser Uterusentartung. Erfahrungsgemäß sind es aber gerade diese Anomalien, welche am häufigsten mit nervös-psychischen Alterationen einhergehen.

Hagemann-Kiel: Über Körperbaumessungen bei Psychosen.

Es wurden mit anthropometrischer Technik 76 männliche schizophrene Fälle (Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides) und 16 männlichen Fälle von manisch-depressivem Irresein bzw. Melancholie des Rückbildungsalters gemessen. An jedem Probanden wurden 40 absolute Maße genommen und 15 Indexzahlen errechnet. Durch diese Werte lassen sich, besonders beim Vergleich mit denen anderer Autoren, neben manchen uncharakteristischen Fällen sehr wohl drei gut charakterisierte Typen auffinden: der asthenische oder leptosome, der athletische oder muskuläre und der pyknische oder apoplektische Habitus. Die gemessenen Fälle verteilten sich folgendermaßen auf die drei einzelnen Gruppen:

25 Astheniker,
26 Athletiker,
12 Pykniker und pyknische Mischformen,
8 asthenisch-athletische Mischformen,
15 Uncharakteristische und
4 Dysplastische.

Von den Asthenikern waren 23 Fälle schizophren (88,4%) und 2 Melancholien des Rückbildungsalters (11,6%); von den Athletikern 23 schizophren (85,2%) und 4 cyklothym (2 Melancholien) (14,8%). Von den 12 Pyknikern waren 6 schizophren und 6 cyklothym (je 50%); die asthenisch-athletischen Mischformen sämtlich schizophren. Unter den 15 Uncharakteristischen waren 12 schizophren (80%) und 3 cyklothym (20%). Die Dysplastischen (4) waren schizophren.

Oder von den Formenkreisen aus gesehen:

Schizophren:	Astheniker	23	= 30,3%
	Athletiker	23	= 30,3%
	Asth.-Athletiker	8	= 10,4%
	Uncharakteristische	12	= 15,8%
	Dysplastische	4	= 5,3%
	Pykniker	6	= 7,9%
Cyklothym:	Astheniker	3	= 18,75%
	Athletiker	4	= 25,0%
	Asth.-Athletiker	0	= 0
	Uncharakteristische	3	= 18,75%
	Dysplastische	0	= 0
	Pykniker	6	= 37,5%

Die Frage, wieweit Konstitutions- und Rassentypen sich decken, ließ sich nicht mit Sicherheit beantworten. Die reinen Astheniker entsprechen wohl kaum der nordischen Rasse, die unter unseren Fällen hier in Schleswig-Holstein verhältnismäßig oft und rein vorkommen dürfte. Der asthenische Habitus ist eher als eine Art Kümmerwuchs anzusehen. Die Athletiker dagegen zum großen Teil, so wie manche asthenisch-athletische Mischformen könnten viel eher als rein nordisch bezeichnet werden (relativ oft rein Dolichozephale, blondhaarig, blauäugig, ohne dysplastische Stigmen; große kräftig-schlanke Männer von sog. „ger-

manischem" Aussehen). Athletische Dinarier sah H. keinen, wie auch sonst sehr selten Dinarier. Unsere Pykniker gehören sicher z. T. nicht zur alpinen Rasse, manche sind nordisch. Die letzteren weichen übrigens infolge ihrer Größe, ihrer Breitschultrigkeit, ihrer Nasenform oft sehr von dem *Kretschmer*schen Pykniker ab.

H. glaubt danach nicht an direkte Übereinstimmung von Konstitution und Rasse, wie von *Stern-Piper* z. B. behauptet.

Im ganzen sprechen die Befunde eher für als gegen die Behauptung *Kretschmer*s von der Korrelation zwischen Habitus und Psychose. Der zweite Teil des *Kretschmerschen* Buches soll nicht diskutiert werden, nach *H.*s Ansicht verbietet die Unmöglichkeit, den Begriff des Schizoiden einerseits vom Normalen und andererseits vom Schizophrenen befriedigend abzugrenzen, vorläufig eine Bearbeitung des Stoffes mit wissenschaftlichen Methoden. Man sollte den Impuls für die Konstitutionsforschung dankbar anerkennen und versuchen, durch weitere exakte Forschungen an großem, vor allem auch an anderem Material (neben den beiden großen Formenkreisen) der Lösung dieser wichtigen Frage näherzukommen.

H. Korbsch-Kiel: 1. Demonstration eines Cerebrums mit multiplen Metastasen eines Lungencarcinoms.

Im linken Stirnhirn und in den rechten basalen Ganglien findet sich je ein größerer Knoten, ein kleinerer außerdem in der Brücke, daneben eine carcinomatöse Aussaat in den Leptomeningen. Das Wachstum der knotenförmigen Metastasen vollzieht sich auf dem Wege der Infiltration perivasculärer Lymphräume und durch freie Propagation in das nervöse Parenchym hinein. Im ersteren Falle besteht die Tendenz einer bindegewebigen Organisierung der Krebsalveolen von der Virchow-Robinschen Scheide her. Das Zellenbild zeigt hochgradige Veränderung vom Prinzip der wabigen Degeneration; ebenso weisen Fibrillen und Markscheiden schwere Destruktionen auf. Die Glia reagiert mit einer Gliomatose im Sinne *Merzbachers*, ferner mit der Bildung amoiboider, gemästeter, faserbildender und regenerativer Elemente.

2. Zur Frage der juvenilen Paralysis agitans. Demonstration eines Falles, dessen Bild äußerlich dem der Schüttellähmung gleicht. Es handelt sich um eine 28 Jahre alte Frau, die vor 7 Jahren mit Zittern an der linken Hand erkrankte; in der Folgezeit wurden davon nacheinander linkes Bein, rechter Arm und rechtes Bein befallen. Der Tremor zeigt den Charakter des Ruhe- und Drehzitterns. Am linken Arm und den unteren Extremitäten leichter Rigor. Etwas mimische Starre, geringe Adiadochokinese. Positiver Widal. Differentialdiagnose gegen Wilson vorläufig nicht möglich.

Diskussion: *Trömner*-Hamburg spricht sich für Paralysis agitans aus.

Pette-Hamburg beobachtet z. Zt. einen 19jähr. Pat., der dem von Hrn. *K.* vorgestellten Fall in fast photographischer Treue gleicht. Hier wurde eine akute Enzephalitis vor 2 Jahren überstanden. Ein Nichtkennen des akuten Stadiums in der Anamnese von Parkinsonkranken darf nicht als gegen E. e. sprechend geltend gemacht werden.

Korbsch — (Schlußwort): Gegen eine Encephalitis epidemica spricht zunächst der Umstand, daß eine grippöse, überhaupt fieberhafte Erkrankung in der Anamnese nicht nachweisbar ist. In der Symptomatik des Falles fehlen ferner Augen-, Schlafstörungen usw. Schließlich liegt der Krankheitsbeginn 1 Jahr vor dem Ausbruch der ersten Encephalitisepidemie in Schleswig-Holstein. Ein strikter Beweis ist jedoch nicht zu führen. Für Paralysis agitans juvenilis bzw. Wilson und gegen Encephalitis sprachen sich verschiedene namhafte Autoren, die den Fall sahen, aus. (Ausführl. Mitteilung Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 70, 1924.)

H. Pette-Hamburg: Über spontane Encephalitis der Kaninchen.

Es wird über eine beim Kaninchen spontan auftretende enzephalitische Erkrankung berichtet, die klinisch im Frühstadium überhaupt keine Erscheinungen macht, beim Fortschreiten des Prozesses die Tiere körperlich reduziert, sie träge, bewegungsarm macht und in seltenen Fällen zu schlaffen Paresen führt. Unter einem Tiermaterial von rund 120 Fällen konnten auf Grund der Liquoruntersuchung (Lymphozytose, Globulinvermehrung) 5 Tiere während der Frühjahrsmonate ausfindig gemacht werden, die einer solchen Enzephalitis verdächtig erschienen. Es gelang durch intratestikuläre Verimpfung von Hirn den Prozeß in Passage weiterzuführen. Histologisch ist das Bild gekennzeichnet durch eine diffuse meningeale Infiltration mit vornehmlich mononukleären Elementen, ferner durch eine perivaskuläre Einscheidung der Gefäße und schließlich durch spärliche in der ganzen Rinde verteilte granulomartige Gebilde. Es wird kurz Stellung genommen zu Fragen der experimentellen Lues- und Encephalitis epidemica-Forschung, bei der das Kaninchen heute als Versuchstier die führende Rolle spielt. Vortr. verfügt über eigenes einschlägiges Material und kann im Bilde zeigen, daß die bei Passagetieren sich findenden Veränderungen große Ähnlichkeit haben mit denen der spontan erkrankten Tiere. Es wird auf die Bedeutung dieser auch in anderen Ländern (Amerika, England, Italien) bereits erhobenen Befunde bei vermeintlich gesunden, d. h. nicht vorbehandelten Tieren für das ganze Problem der experimentellen Tierforschung hingewiesen und kurz der Weg gezeichnet, der in nächster Zeit beschritten werden muß.

Runge, *Hagemann*, Schriftführer.

Bericht über die Besprechung der Vertreter der Hilfsvereine und der offenen Fürsorge für Geisteskranke am 25. September 1924[1]).

Hans Roemer-Karlsruhe: Wie in früheren Jahren fand auch diesmal gelegentlich der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie bzw. der 88. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Innsbruck am 25. September 1924 eine Besprechung der Vertreter der Hilfsvereine statt, zu der gemäß einer Verabredung bei der letzten Aussprache in Leipzig auch die Interessenten der offenen Fürsorge eingeladen waren.

Ackermann-Großschweidnitz, der wie früher zu der Besprechung aufgefordert hatte, berichtete nach einleitenden Worten über den zurzeit im Freistaat Sachsen zur Beratung stehenden Entwurf eines Wohlfahrtspflegegesetzes, das neben der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs und der Trinkerfürsorge auch die Fürsorge für Schwachsinnige, Idioten, Fallsüchtige und Geisteskranke unter den Pflichtaufgaben aufführt und dabei das Zusammenarbeiten der amtlichen Stellen mit allen einschlägigen freien Vereinigungen ausdrücklich festlegt. Er verlangte dementsprechend zur Wahrung der Belange des Hilfsvereins für Geisteskranke, daß die örtlichen Ausschußmitglieder und Vertrauensmänner des Vereins in die Wohlfahrtsämter und der Vereinsvorstand in das Landesamt für Wohlfahrtspflege berufen werden. Ferner wünschte er, daß die offene Fürsorge für Geisteskranke durchweg Fachärzten und zwar, soweit möglich, Anstaltsärzten übertragen wird, entsprechend dem Wortlaut in der Begründung des Gesetzes, der besonders bemerkt, daß die Psychiater der Landes-Heil- und Pflegeanstalten mit in den Dienst der offenen Fürsorge zu stellen seien, namentlich in Fällen, in denen Maßnahmen der Erziehung oder Fürsorgeerziehung Jugendlicher von einer vorherigen Beurteilung des Geisteszustandes abhängig sind.

Hierauf trug *Ackermann* den Bericht von *Fischer*-Wiesloch, der am Erscheinen verhindert war, über die Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke in Mannheim vor, die seit ihrer Eröffnung am 1. Oktober 1922 bis über 300 Kranke aus der Anstalt Wiesloch, der psychiatrischen Klinik Heidelberg und zum Teil unmittelbar aus der Stadt in Fürsorge übernehmen konnte. Der Bericht wird in extenso in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift erscheinen.

Im Anschluß zog *Roemer*-Karlsruhe einige ärztliche und organisatorische Folgerungen aus den Mannheimer Erfahrungen. Die erfolgreiche Einrichtung dieser Fürsorgestelle ist insofern beachtenswert, als hierbei besondere Schwierigkeiten zu überwinden waren. Das erregbare Temperament der pfälzischen Bevölkerung erforderte sehr behutsames Vorgehen, und die allgemeine Wohnungs- und Arbeitsnot war durch die französische Besetzung lange Zeit hindurch gesteigert. Ohne die Mannheimer Fürsorgestelle wäre es nicht möglich gewesen, die Anstalt Wiesloch im Zusammenhange mit den Ersparnismaßnahmen in dem

[1]) Der ausführliche Bericht mit Autorreferaten erscheint in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.

Maße, wie dies zu Beginn des Jahres 1924 der Fall war, zu entlasten. Wie anderwärts wurde in Wiesloch die Erfahrung gemacht, daß eine organisierte Entlassenenfürsorge die Abkürzung der Anstaltsbehandlung, insbesondere bei den Schizophrenen, ermöglicht. Mag diese Erfahrung von der Durchführbarkeit der Frühentlassung auch im wesentlichen unter dem Drucke der wirtschaftlichen Not erworben sein, auf jeden Fall bedeutet sie einen wichtigen Fortschritt psychiatrischer Erkenntnis, der angesichts seiner Tragweite in therapeutischer und wissenschaftlicher Hinsicht Allgemeingut der Irrenärzte werden muß. Der nicht selten überraschende Erfolg frühzeitiger Entlassungsversuche erklärt sich im wesentlichen mit der im Vergleich zur Anstaltsanamnese genaueren Erfassung der häuslichen Verhältnisse durch die Fürsorgeorgane. Die Rückwirkung auf die Anstalt besteht hauptsächlich in der Herabsetzung des Bedarfs an Anstaltsplätzen und in der Intensivierung des ärztlichen Betriebes. Vom Ausbau der Entlassenenfürsorge ist demnach im Laufe der Zeit eine erhebliche Ersparnis am sachlichen Aufwand, jedoch keine Verringerung, sondern eher eine Steigerung des Bedarfes an ärztlichen Kräften zu erwarten. — Da der bald überlasteten Mannheimer Fürsorgeschwester in der Zeit des Abbaues eine zweite Kraft nicht beigegeben werden konnte, wurden die städtischen Familienfürsorgerinnen nach entsprechender Orientierung zur Leistung von Hilfsdiensten (Erledigung von Besuchen, Erhebungen usw.) herangezogen. Sie können die fachlichen Fürsorgeorgane mangels psychiatrischer Ausbildung und Erfahrung nicht ersetzen, jedoch durch Leistung eines „Hifsfürsorgedienstes" nach den bisherigen Erfahrungen wirksam unterstützen. Bei der weiterhin vorgesehenen Heranziehung der Mitglieder des Hilfsvereins ist den Hindernissen psychologischer, wirtschaftlicher und polizeilicher Art, die sich den analogen Bestrebungen auf den anderen Gebieten der Gesundheitsfürsorge heute in derselben Weise entgegenstellen, Rechnung zu tragen und durch geduldige Kleinarbeit die Vereinigung hauptamtlicher und ehrenamtlicher Tätigkeit, ohne die vor allem eine ländliche Fürsorge nicht denkbar ist, anzustreben. Unter diesem Gesichtspunkt wurde der jährliche Staatsbeitrag für den Hilfsverein von 1000 M. auf 4000 M. erhöht.

Werner-Heppenheim betonte die Schwierigkeiten psychiatrischer Fürsorgetätigkeit auf dem Lande, die erheblich größer sind als in der Stadt. Durch die Beratungsstelle in Heppenheim wird versucht, im Kreise Heppenheim die Tätigkeit der drei Kreisfürsorgerinnen für die Geisteskrankenfürsorge fruchtbar zu machen. Die schwierige Aufgabe der ländlichen Fürsorge wird in Hessen durch die Tätigkeit des Hilfsvereins wesentlich erleichtert, dessen Vertrauensmänner entlassene Pfleglinge mit Zuwendungen von 10 bis 20 M. monatlich unterstützen können.

Dinter-Brieg berichtete über die Erörterung der Entlassenenfürsorge in einer Versammlung der Anstaltsdirektoren der Provinz Schlesien Ende Juli 1923, bei der empfohlen wurde, die Entlassenenfürsorge den einzelnen Anstalten für ihre Bezirke zu übertragen. Bei der daraufhin erfolgenden Fühlungnahme mit den Kreiswohlfahrtsämtern ließ sich zwar noch kein einheitliches Ergebnis erzielen; es wurden aber vom Landes-

hauptmann dem Schlesischen Hilfsverein 25 000 M. als Beihilfe für die Zwecke der Entlassenenfürsorge zur Verfügung gestellt und eine regelmäßige Berichterstattung über die Erfahrungen, die sich mit den Kreiswohlfahrtsämtern ergeben, angeordnet.

Dietz-Alzey erblickt ein Haupterfordernis der Irrenfürsorge in der tunlichsten Erleichterung der Aufnahme, die deshalb in Alzey ohne jede vorausgehende Förmlichkeit ermöglicht wird. Aus den Mitteln des hessischen Hilfsvereins können Entlassenen nach Bedarf Unterstützungen gewährt werden. Von der Berechtigung, Kranke in Familienpflege zu geben, wird seit den Kriegsjahren bisher kein Gebrauch gemacht. Von Interesse ist, daß die Stadt Mainz von sich aus im letzten Halbjahr eine „soziale Beratungsstelle für Gemütskranke" unter ehrenamtlicher Mitwirkung sämtlicher Nervenärzte eingerichtet und dem Stadtarzt unterstellt hat. Sie dient neben der Betreuung der Entlassenen der sozialen Beratung aller seelisch Abnormen.

Weiter berichtet *Schwabe*-Plauen i. V. über die seit 1. Juli 1921 dort eingerichtete psychiatrische Beratungs- und Fürsorgestelle für die Zeit vom 1. April 1923 bis 31. März 1924. Sie wurde in diesem Zeitraum von 298 Personen, darunter 87 Geisteskranken im engeren Sinne, 88 Psychopathen und Neurotikern, 38 angeboren Schwachsinnigen, 19 Epileptikern, 34 Alkoholikern und 23 organisch Nervenkranken, in Anspruch genommen und hat sich, wie aus der Übersicht über die Herkunft aller dieser Fälle zu ersehen ist, den übrigen städtischen Fürsorgeeinrichtungen gut angegliedert. *Schwabe* empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen in größeren Städten die Verwendung fachlicher Kräfte, die in Plauen mit den übrigen Organisationen reibungslos zusammenarbeiten, dagegen für Landbezirke die Beiziehung der Bezirkspflegerinnen.

In der Erörterung wurde darauf hingewiesen, wie notwendig es ist, die Belange der Hilfsvereine bei der augenblicklich schwebenden Regelung der Gesundheitsfürsorge in angemessener Weise zu wahren. Außerdem wurde das dringende Interesse des irrenärztlichen Standes an der Beteiligung der Anstaltsärzte bei Neueinrichtung der offenen Fürsorge für Geisteskranke betont, eine Forderung, die ja auch in den Richtlinien des Reichsverbandes der beamteten deutschen Irrenärzte enthalten ist.

Der Zeitpunkt der nächsten Besprechung soll in die Einladung des Deutschen Vereins für Psychiatrie aufgenommen werden, um den Besuchern der Jahresversammlung die Teilnahme zu erleichtern. Es ist zu wünschen, daß dann die bestehenden Hilfsvereine und Fürsorgestellen möglichst vollzählich vertreten sein werden; erfordert doch die derzeitige Neuregelung des gesamten Fürsorgewesens ebenso wie die allem Anschein nach wieder einsetzende Steigerung der Anstaltszugänge die planmäßige Einführung der Entlassenenfürsorge, die durch den Austausch der praktischen Erfahrungen wirksam gefördert werden kann. Bei der nächsten Besprechung soll auch die mit der offenen Fürsorge eng zusammenhängende psychiatrische Aufklärungsarbeit, deren Erörterung diesmal aus Zeitmangel zurückgestellt werden mußte, Berücksichtigung finden.

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

VIII.

Report of Commissioner for Mental Hygiene for the Union of South Africa 1922—23.

Von

Dr. Nothaaß, Sonnenstein.

Berichterstatter *J. T. Dunston*, Commissioner for Mental Hygiene, hat eine Reise nach den Vereinigten Staaten von Nordamerika, nach Kanada und England zum Studium der dortigen psychiatrischen Einrichtungen gemacht, die er seinem vorgesetzten Ministerium schildert und zur Nachahmung empfiehlt. Sein Vorschlag geht dahin, eine Zentralbehörde für geistige Volksgesundheit zu schaffen und dort die ganzen psychiatrischen Einrichtungen des Landes zusammenlaufen zu lassen. Die praktische Tätigkeit im Lande soll durch die Irrenanstalten und die psychiatrischen Kliniken ausgeführt werden, deren Chefärzte für die in ihrem Bezirk zu leistende Arbeit verantwortlich sind. Die psychiatrischen Untersuchungen müssen folgende Gebiete umfassen: 1. alle Schulkinder, die dreimal oder mehr nicht versetzt worden sind oder auffallende Charaktereigentümlichkeiten und verbrecherische Neigungen gezeigt haben; ferner solche, die an geistigen oder nervösen Störungen leiden; 2. Schüler der Gewerbeschulen, Waisenhäuser und Kinderheime, wenn obige Voraussetzungen gegeben sind; 3. alle Jugendlichen, wenn sie vor Jugendgerichtshöfe gebracht werden; 4. alle Erwachsenen, die zu wiederholten Malen straffällig geworden sind oder bei denen das Gericht Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit hat. 5. Strafgefangene, die als Gewohnheitsverbrecher bezeichnet werden; 6. alle in Rettungsheimen untergebrachten Mädchen; 7. solche Erwachsene, die von öffentlicher oder privater Barmherzigkeit abhängig und dem Kampf ums Dasein nicht gewachsen sind. — Polikliniken für psychisch und nervös Kranke vervollständigen dieses Netz psychiatrischer Einrichtungen, das über das ganze Land ausgebreitet ist.

Berichterstatter geht dann im folgenden des näheren darauf ein, was in Amerika auf diesem Gebiete geleistet wird. Ausgedehnte Untersuchungen an Elementarschulen haben dort ergeben, daß 2,5—3,5% der Schulkinder dreimal und mehr zurückgeblieben sind. Forscht man

nach den Ursachen dieser Erscheinung, so zeigt sich, daß Umwelteinflüsse, körperliche Defekte, sprachliche Schwierigkeiten, später Schulbeginn, häufiger Übergang von einer Schule in die andere und endlich geistige Defekte dafür verantwortlich sind. In Prozentzahlen ausgedrückt waren es bei 25% zufällige Ursachen, bei 35% schwache Begabung, bei 25% ausgesprochener Schwachsinn, bei 13% Grenzzustände zwischen beiden und bei 7% Psychopathie. Eine entsprechende Untersuchung der Schulkinder von Transvaal ergab bedeutend höhere Zahlen. Dort waren 1921 10,6% Kinder männlichen Geschlechts und 7,7% Kinder weiblichen Geschlechtes dreimal und mehr zurückgeblieben, woran besonders später Schuleintritt und sprachliche Schwierigkeiten in erster Linie schuld waren. Besonders unangenehm wirkt sich in dieser Richtung die jährliche Versetzung aus, weshalb Verf. eine vierteljährliche vorschlägt, wie es z. B. in Saint Louis mit Erfolg gehandhabt wird. Ferner erscheint dem Verfasser eine stärkere Auswahl für die höheren Schulen unbedingt notwendig. Den Übergang in diese Schulen will er von dem Ergebnis psychiatrischer und charakterologischer Untersuchungen abhängig machen. Kinder von Reichen mit schwacher Begabung sollen auf Privatunterricht angewiesen sein. Eine moderne Schule kann nach Ansicht des Verf.s ohne die ständige Mitwirkung des Psychiaters nicht mehr ihren Aufgaben gerecht werden. Dieser soll bei Versetzungen gehört werden, soll mithelfen bei der Auswahl der Kinder für höhere Schulen und soll auch übernormal begabten Kindern beistehen, damit sie vor Schäden an Körper und Geist bewahrt bleiben. Durch Einrichtung von Wanderkliniken soll es möglich gemacht werden, eine so weitgehende psychiatrische Überwachung auszuüben, die sich dann auch auf Fach- und Gewerbeschulen, Waisenhäuser und charitative Anstalten zu erstrecken hat.

Ein weiteres Feld der Tätigkeit des Psychiaters ist dessen Mitarbeit im Kampf gegen das Verbrechertum. Diese Frage soll nach Ansicht des Verf. immer mehr als eine medizinisch-psychiatrische behandelt werden. So ist z. B. in Amerika jetzt schon beinahe jedem Jugendgerichtshof eine psychiatrische Klinik angeschlossen. In Chikago sitzt der Psychiater neben dem Richter und wählt die für die Klinik geeigneten Fälle aus. In anderen Städten macht dies der Richter auf Grund seiner Erfahrungen selbständig. In die Arbeit einer solchen Klinik teilen sich Ärzte und Psychologen. Letztere führen die psychologischen Untersuchungen aus und sind auch auf Grund ihrer soziologischen Vorbildung als Helfer im Außendienst tätig. Die Aufgabe der Klinik besteht darin, die körperlichen und seelischen Eigenschaften des Verbrechers kennen zu lernen, seine Verantwortlichkeit festzustellen und Maßnahmen vorzuschlagen, die weitere Vergehen verhindern sollen und jetzt schon große Erfolge gezeitigt haben. Als solche kommen Belehrung, Überwachung von Schule und Haus und Ausschaltung von Verführung in Betracht. Nicht so allgemein und einheitlich wird in Amerika und England die Inanspruchnahme des Psychiaters bei Beurteilung erwachsener Rechtsbrecher gehandhabt. Nur in London werden angeblich alle Kriminellen einer psychiatrischen Untersuchung unterzogen und nur in Massachusetts ist eine solche bei jedem Verbrecher gesetzlich festgelegt. Gefängnisärzte

sollen nach Ansicht des Verf. immer Psychiater sein, weil die Klassifikation der Strafgefangenen, die Behandlnng derselben, die Anwendung von Erziehungsmitteln und die Auswahl der Unheilbaren nach psychiatrischen Gesichtspunkten zu erfolgen hat.

Ebenso unerläßlich ist die Mitarbeit des Psychiaters bei der Kinderwohlfahrtspflege, bei den Jugendberatungsstellen, in den Rettungsheimen und in der Armenfürsorge. Bevor der Kampf gegen die Armut durch Siedlung und andere soziale Maßnahmen in die Wege geleitet wird, müssen erst die Schwachsinnigen aus den Unterstützungsbedürftigen eliminiert und anderweitig versorgt werden; denn die Hauptursache der Armut sieht Verf. in der vererbten Unfähigkeit mit normalen Individuen zu konkurrieren, und diese Unfähigkeit resultiert aus geistiger Minderwertigkeit. Die Verwendung dieser geistig Schwachen zu einfacher Arbeit wie in Europa ist in der Union deshalb nicht möglich, weil hier für niedrige Arbeiten nur Eingeborene verwendet werden.

Es folgt dann der eigentliche Jahresbericht der südafrikanischen Anstalten. Die Zahl der Kranken betrug am 31. Dezember 1922 6922, die sich auf 9 Anstalten verteilen, deren Belegung zwischen 1673 (Pretoria) und 106 (Queenstown) schwankt. Während des Kalenderjahres waren 1716 Aufnahmen, 742 Entlassungen und 474 Todesfälle. Für die europäische Bevölkerung ist das ein Verhältnis von 20 auf 10 000. Die Zahl der Aufnahmen ist entsprechend der Zunahme der Bevölkerung und der Vergrößerung der Städte stark im Steigen begriffen. Jede Anstalt wurde im Berichtsjahr einmal durch den Minister des Inneren und durch den Landespsychiater inspiziert, wobei allen Kranken Gelegenheit zu freier Aussprache gegeben war. Einen breiten Raum nehmen von den Berichten der einzelnen Anstalten die den Kranken dargebotenen Vergnügungen ein. Es wurden Konzerte, Tänze, Ausflüge, Picknicks und Kinovorführungen veranstaltet, ferner Fußballwettkämpfe, die nicht nur zwischen den einzelnen Krankenabteilungen, sondern auch zwischen den Anstalten ausgetragen wurden. Neben Schulen und Kindergärten für jugendliche Kranke bestehen Handarbeitsabteilungen, wo Körbe geflochten und Handschuhe gemacht werden. „So wurde die früher auf Schimpfen und Streiten verwandte Energie in die Bahnen der Arbeit gelenkt." Von allen Anstalten wird ferner noch über die Tätigkeit der board Meetings berichtet, eines Überwachungsausschusses, der meist einmal im Monat — z. T. unangemeldet — zusammentritt, um die Wünsche und Beschwerden der Kranken entgegenzunehmen und Rat und Aufklärung zu erteilen, eine Einrichtung, deren Zweckmäßigkeit allgemeine Anerkennung findet. Besonderes Augenmerk wird dabei den isolierten Kranken (Patients under seclusion or restraint) gewidmet, um die Notwendigkeit dieser Maßnahmen zu prüfen. Die Bevölkerung der Union setzt sich zusammen aus Europäern, Eingeborenen, Asiaten und Mischlingen, die mit 775, 630, 50 und 181 an den Aufnahmen beteiligt sind. Bemerkenswert ist, daß beim Alkoholismus die Europäer mit 60 = 7,7% der Aufnahmen an erster Stelle stehen, während die Eingeborenen nur 6 = 0,9% Alkoholiker an die Anstalten liefern. Insgesamt fallen 4% aller Aufnahmen dem Alkoholismus zur Last. Von den 72 Para-

lysefällen kommen 36 auf die Europäer, 16 auf die Eingeborenen, 3 auf die Asiaten und 17 auf die Mischlinge. In der Rubrik Morphium und Kokain finden sich keine Europäer, dagegen 31 Eingeborene. Daggarauchen wird in 33 Fällen als Ursache von Geisteskrankheiten angegeben (darunter kein Europäer). Aus den hohen Zahlen des man.-depressiven Irresein (97 ohne Involutionsmelancholien) gegenüber der Dementia praecox (83) bei der europäischen Bevölkerung lassen sich bei den großen Schwierigkeiten, diese Psychosen gegeneinander abzugrenzen, keine Schlüsse ziehen. An therapeutischen Neuerungen wird nur ein erfolgloser Versuch, die Epilepsie mit Schlangengift zu behandeln, kurz erwähnt.

Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie.

Kassenabschluß für das Rechnungsjahr 1924 vom 1. April 1924 bis 31. März 1925.

Kassenbestand aus dem Rechnungsjahr 1923 (vgl. Z. f. Psych. Bd. 80, Heft 5/6, S. 473):

Erlös aus dem Verkauf der österreichischen Kronen .. 200,00 RM.

A. Einnahmen:

a) Mitgliederbeiträge:

541 zu 4,— RM. für 1924	2164,— RM.	
4 „ 5,40 „ „ 1924 (aus Österreich)	21,60 „	
3 zu 5,— RM. für 1924	15,— „	
1 „ 3,70 „ „ 1924 } aus Österreich	3,70 „	
3 „ 3,60 „ „ 1924 } aus Österreich	10,80 „	
1 „ 3,50 „ „ 1924 } aus Österreich	3,50 „	
1 „ 2,— „ „ 1924	2,— „	
2 „ 4,— „ „ 1925	8,— „	= 2228,60 RM.

b) Zinsen:

Von der Stolper Bank Treptow a./R. für August/Dezember 1924	12,86 „	
Von der Sparkasse Treptow a./R. für April/Dezember 1924	13,09 „	= 25,95 RM.
Zusammen Bestand und Einnahmen		2454,55 RM.

B. Ausgaben:

Auslagen des Schatzmeisters für Formulare, Bürohilfe usw.	147,65 RM.	
de Gruyter & Co.-Berlin, Druckkosten für Einladungen und Jahresberichte	117,50 „	
Dr. *Ilberg*-Sonnenstein, Porto und andere Auslagen	165,95 „	
Rechtsanwalt *Schicke*-Treptow a./R. und andere Notarkosten für Unterschriftsbeglaubigungen des Vorstandes	11,— „	
Dr. *Bonhoeffer*-Berlin, Auslagen für Porto und Telegramme	8,30 „	
Sparkasse der Stadt Treptow a./R., Gebühren für II/1924	0,25 „	= 450,65 „
Girokonto 248,84 RM., Bankkto. 1707,32 RM. in bar 47,74 RM. zusammen		2003,90 RM.

Außerdem befinden sich im Gewahrsam des Schatzmeisters entwertete Papiere (Reichsanleihe) über .... 13 000,— Papiermark
und Sparbuch Nr. 31 910 der Sparkasse der Stadt Treptow a./R. mit Einlage von ..... 10 183,50 Papiermark

Zusammen 23 183,50 Papiermark

Die Spareinlage ist zur Aufwertung angemeldet worden.

Treptow a./Rega, den 31. März 1925.

Der Schatzkanzler: Dr. *Mercklin.*

Verschiedene Anstalten haben die Frage noch nicht beantwortet, ob sie im Verein zum Austausch der Anstaltsberichte bleiben oder in diesen eintreten wollen. Da das Verzeichnis abgeschlossen werden muß, wird um recht baldige Mitteilung an *Ilberg*-Sonnenstein bei Pirna (Sachsen) gebeten.

Für die diesjährige Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Cassel ist vorläufig folgendes Programm festgesetzt worden: Begrüßungsabend am Montag den 31. 8. im Hotel Schirmer. Dienstag den 1. 9.: Referate: 1. Über Verbreitung und Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus, Referenten: *Bonhoeffer*-Berlin, *G. Ilberg*-Sonnenstein. 2. Psychiatrische Bemerkungen zum amtlichen Entwurf eines Strafgesetzbuches und zum Entwurf eines preußischen Irrenfürsorgegesetzes, Referent *E. Schultze*-Göttingen. Gemeinsames Essen in der Stadthalle. — Mittwoch den 2. 9.: Referat: Die Unfruchtbarmachung der geistig und sittlich Minderwertigen, Referent: *Gaupp*-Tübingen. — Anmeldung von Vorträgen baldigst an *Ilberg*-Sonnenstein bei Pirna (Sachsen). (Hierbei wird um Mitteilung gebeten, zu welchen Vorträgen der Projektionsapparat gewünscht wird.) — Mittwoch den 3. 9. sind Ausflüge in das Werratal und nach der hessischen Provinzialheilanstalt Haina vorgesehen.

Die diesjährige (XV.) Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird vom 3. bis 5. September in Cassel (im Anschluß an die dortige Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie) abgehalten werden. Das Referatthema ist: Die Revision der Neurosenfrage. Referenten: *E. Redlich* (Wien) und *O. Bumke* (München).

Die diesjährige Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater findet am Samstag und Sonntag den 25. und 26. Juli in der psychiatrischen Klinik zu München statt. Referat: Die Malaria- und Recurrens-Behandlung der Paralyse mit Krankenvorstellungen. Referenten: *Bostroem* und *Fleck* München.

Personalnachrichten.

Verstorben:

Geh. Medizinalrat Professor Dr. *Hugo Liepmann*-Berlin,

Dr. *Joseph Elmiger*, Direktor der kantonalen Heil- und Pfleganstalt St. Urban,

Medizinalrat Dr. *M. Friedmann* in Mannheim,

Sanitätsrat Dr. *P. Junius*, dirigierender Arzt an der Irrenanstalt Buch-Berlin,

Dr. *Greppin*, früherer Direktor der kantonalen Heil- und Pfleganstalt Rosegg,

Dr. *Benno Laqueur*-Wiesbaden, Dr. *Josef Breuer*-Wien.

Dr. *Albert Mahaim*, Professor der Psychiatrie an der Universität Lausanne und Direktor der kantonalen Irrenanstalt in Cery,

Prof. Dr. *August Wassermann*-Berlin.

In den Ruhestand ging:

Dr. *Ulrich Bosse* in Obrawalde.

Ernannt wurden Professor Dr. *Forster* zum Ordinarius für Psychiatrie und Nervenheilkunde der Universität Greifswald, Professor Dr. *Weygandt* zum Ehrenmitglied der kgl. Akademie der Wissenschaften in Palermo.

Den Titel Geheimer Medizinalrat erhielt der Direktor der Heil- und Pfleganstalt Eglfing Dr. *Fr. Vocke*,

den Titel Geheimer Sanitätsrat Dr. *Rehm*-Neufriedenheim,

den Titel Sanitätsrat Dr. *Karl Herligkofer* in Ichenhausen.

Der Vorstand der genealogischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt in München Professor Dr. *Ernst Rüdin* nahm den Ruf als Direktor der psychiatrischen Klinik in Basel an.

Dr. ing. *Bramesfeld*-Darmstadt hat sich für Psychotechnik habilitiert.

Professor Dr. *Determann* aus St. Blasien hat in Wiesbaden Paulinenstr. 4 ein Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten errichtet.

Verzogen:

Dr. Ludwig *Wicht* von Freiburg i. Schl. nach Plagwitz a. B.,

Privatdozent der Psychiatrie u. Neurologie Dr. *Creutzfeldt* von Berlin nach Kiel.

Sanitätsrat Dr. *Pelizaeus* in Cassel feierte sein 50 jähriges Doktorjubiläum.

Sanitätsrat Dr. *Dubbers*-Allenberg blickte am 1. Mai auf eine 25-jährige Tätigkeit als Direktor von Allenberg zurück.

Professor Dr. *Rieger*-Würzburg feierte am 28. März seinen 70. Geburtstag.

Berichtigung.

Im Nekrolog *Elzholz* (82. Bd., 1. Heft) sind auf Zeile 10 die Worte „bei Lyssa“ zu streichen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R., **PERETTI**-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

ZWEIUNDACHTZIGSTER BAND

FÜNFTES UND SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 29. SEPTEMBER 1925



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1925

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

5./6. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Fortsetzung auf Seite 3 des Umschlages.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medizin" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Jedes Jahr erscheinen zwei Bände zu je 8 Heften; die Abnahme des ersten Heftes verpflichtet zur Abnahme des ganzen Bandes. Preis für den Band im Umfang von etwa 40 Bogen ca. M. 25.—. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird ein Nachlaß von 16 1/3 % gewährt.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig-Dösen, Post Probstheida, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen ebenfalls 25 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Referat über die Bedeutung der Encephalitis lethargica für die öffentliche Gesundheitspflege und die von der Medizinalverwaltung dagegen zu ergreifenden Maßnahmen

mit 6 Tabellen und 6 Kurven

von

Dr. Carl Schneider,
Anstaltsarzt an der Landesanstalt Arnsdorf (Sachsen).
(Direktor: Oberreg.-Med.-Rat Dr. Schlegel.)

Will man einen Überblick über die zu behandelnde Frage gewinnen, so werden in erster Linie zahlenmäßige Grundlagen gesucht werden müssen. Wichtig wäre es, neben der Morbiditätsziffer vor allem zu wissen, wie groß die Zahl der z. Zt. vorhandenen chronischen Encephalitiskranken ist. Herrn Obermedizinalrat *Dr. Heinicke*-Chemnitz verdanke ich die Mitteilung, daß *F. Stern* diese Zahl für ganz Deutschland auf 30000, *Heinicke* für Sachsen auf 3000 schätzt. Es handelt sich dabei aber um ganz rohe Schätzungen, die mangels ausreichender statistischer Unterlagen so gewonnen wurden, daß man die für einen engeren Bezirk gewonnenen Zahlen (Hannover, Waldheim) auf die Gesamtbevölkerungszahl umrechnete. Meiner Meinung nach dürften diese Schätzungen recht hoch gegriffen sein. Aber auch wenn man geringere Zahlen annimmt, so wird die Gesamtzahl der im Reich vorhandenen chronisch Encephalitis-Kranken sich auf viele Tausende beziffern.

Die Morbidität ist ebenfalls nur annäherungsweise anzugeben. Für die Epidemie von 1920 liegt eine Zahl aus der Schweiz vor; es wurden 1920 gemeldet in der Schweiz 980 Fälle von übertragbarer Hirnentzündung. Das würde für die Bevölkerungsziffer der Schweiz eine Morbidität von ungefähr 0,02—0,03 % ergeben. Diese Zahl ist ziemlich hoch, wenn man z. B. die Morbidität an Poliomyelitis in Hessen (*Ed. Müller*) zum Vergleich heranzieht (0,005%). Aber auch

hier ist diese Zahl für die Encephalitis nur mit Vorsicht zu verwerten. Da erfahrungsgemäß nur ein Bruchteil aller Encephalitisfälle gemeldet wurde, wird die Morbidität im allgemeinen wohl höher anzusetzen sein.

Fehlen so die für die Beurteilung der Bedeutung der Seuche wichtigsten Zahlen, so muß man doch zur Gewinnung eines einigermaßen gesicherten Standpunktes auf andere Momente zurückgreifen und an Stelle absoluter Zahlen wenigstens relative benützen. Die in Betracht kommenden Angaben sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Tabelle I.

Geschlecht, Alter und Mortalität Encephalitis-Kranker.

1. Beobachter	2. Ort	3. Zahl der Fälle	4. Männer	5. Frauen	6. Alter Jahre	7. Mortalität %
Smith	Amerika	—	—	14,92%	5	—
				27%	5—20	
				58%	über 20	
Bompiani		347	167	180	—	27,8 M.
						26,1 Fr.
Zacharias		—	—	—	—	20
Stradiotti		27	—	—	—	33
Bandetti di Poggio		—	—	—	bes. 20—40	—
Grage	Chemnitz	—	9	1	—	—
Neal		274	½mal mehr als Frauen	—	50% bis 15	28
Großmann		145	—	—	—	20
Barré	Straßburg	—	—	—	—	6
Adamowicz	Polen	—	—	—	—	15
Bingel	Braunschweig	16	—	—	—	38,5
Rindfleisch	Dortmund	—	16	4	bes. 30—40	—
Ed. Müller	Hessen	—	—	—	—	15
Pecori	Rom	—	—	—	—	27
	Wien	—	—	—	—	54
1918	England	—	—	—	—	22
	Paris	—	—	—	—	41
	Frankreich	—	—	—	—	26
	Turin	—	—	—	—	32
	Mailand	—	—	—	—	36
Almasio		—	—	—	bes. 20—30	—
Cruchet	Bordeaux	—	—	—	—	18

1. Beobachter	2. Ort	3. Zahl der Fälle	4. Männer	5. Frauen	6. Alter Jahre	7. Mortalität %
onos	Konstantinopel ...		58	39	26% 13—19 22% 20—29 18% 30—39 16% 40—49 14% über 50	—
ju et *Abel*	Vogesen ..	—	—	—	—	50
c Clur		—	—	Männer= Frauen	—	—
ice		78	—	—	—	24
use		—	6	4	19—36	1919/20 26—35 1920/21 die Hälfte
ller	Prag	77	—	—	—	17
ville		106	—	—	—	19,5
nomo	Wien	—	—	—	—	15—40
mner	Hamburg .	—	9	6	Durchschn.-Alter 27	33
ner-Henriksen ..		—	66	42	meist 20—40	—
pell		42	—	—	—	26,3
llybrass ...		—	—	—	10—20 bevorzugt	—
ig et *Philipsborn* .		182	117	65	—	1920 29,2 1921 14,3 1922 10 1923 28,5
s		64	—	—	—	25
olini		84	—	nur Gravidae zusammengestellt	—	40,4
ith	Philippinen	—	—	—	junge überw.	50
nt	Amerika ..	—	172	96	20—40	—
ncan		136	—	—	—	ca. 25
oky	Polen	—	—	—	—	23
n		167	75	32	—	—
uß und *Wechsler* ...		864	—	—	21—30	75
dley and *Shiskin*		24	nur Kinder 20	4	30—40	25

Die Tabelle lehrt 1., daß die Mortalität in einzelnen Epidemien und an verschiedenen Orten ziemlich stark schwankt, im Mittel, auch unter Berücksichtigung des die Mortalität verringernden Umstandes, daß nur die schweren Fälle in Krankenhäusern statistisch erfaßt wurden, auf 20% beziffert werden kann.

2., daß in der Regel die Männer beträchtlich häufiger erkranken als die Frauen.

3., daß zwar alle Altersstufen betroffen werden können, aber das 3. und 4. Lebensjahrzehnt weitaus am häufigsten erkrankt.

Unterrichtete Tabelle I über die Mortalität, so lehrt Tabelle II die Heilungsaussichten und die Verteilung der chronischen Formen.

Tabelle II.
Folgen.

<table>
<tr><th>Beobachter</th><th>geheilt %</th><th>Parkinson %</th><th>sonstige %</th><th>arbeitsfähig</th><th>arbeitsunfähig %</th></tr>
<tr><td>Jarcksch-Wartenhorst</td><td>—</td><td colspan="2">83</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Comby</td><td>25</td><td colspan="2">66</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Duncan</td><td>—</td><td>29,4</td><td>42,4</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Labohy</td><td>7</td><td colspan="2">70</td><td>—</td><td>50</td></tr>
<tr><td>Higier</td><td>15—20</td><td>40—50</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Naville</td><td>55</td><td>30,5</td><td>ca. 15</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Denig et Philipsborn</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>42,2</td></tr>
<tr><td>Sanchis Banus</td><td>—</td><td>—</td><td>17,5</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Trömner</td><td>26</td><td>26,6</td><td>13,4</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Riddock</td><td>—</td><td>28</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Naville</td><td>56,7</td><td colspan="2">43,3</td><td colspan="2">v. 15 Parkinsonismusfällen nur 4 arbeitsfähig</td></tr>
<tr><td>Adler</td><td>ca. 11</td><td>66,2</td><td>—</td><td>—</td><td>11,7</td></tr>
<tr><td>Price</td><td>—</td><td colspan="2">43</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Großmann</td><td>—</td><td>18</td><td>64</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Stern</td><td>—</td><td colspan="2">ca. 54</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Bing und Staehelin</td><td>30</td><td>40,5</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td>Paterson and Spence</td><td>25</td><td>—</td><td colspan="2">in der Mehrzahl Anomalien</td><td>—</td></tr>
</table>

Die Tabelle stellt die Angaben zusammen, welche ich in der Literatur auffinden konnte. Sie gibt kein lückenloses Bild, insofern als sie die häufigen Spätfolgen nicht voll mitumfaßt (vorzugsweise Veröffentlichungen bis 1922). Die Zahl der Folgezustände, besonders der Parkinsonähnlichen Syndrome dürfte noch etwas höher anzusetzen sein, im Mittel auf etwa 30—40% der Gesamterkrankungen. Das

würde ein erschreckendes Bild von der Schwere der Krankheit ergeben und im Zusammenhalt mit schätzungsweiser Morbidität, der Tatsache, daß die jüngeren Lebensalter vorzugsweise, Männer überwiegend befallen werden, helles Licht auf die hohe Bedeutung werfen, die der übertragbaren Hirnentzündung für die öffentliche Gesundheitspflege zukommt.

Man darf unbedenklich annehmen, daß ein erheblicher Bruchteil der chronisch Kranken, nicht nur der parkinsonistischen, sondern auch solcher, die durch ungünstig lokalisierte Hyperkinesen (Arme, Torsionsspasmusähnliche Bilder) oder durch psychische Störungen an der Ausübung ihres Berufs verhindert werden, irgendwie der öffentlichen Fürsorge anheimfallen. Wie groß dieser Bruchteil ist, läßt sich nicht zahlenmäßig ermitteln. Nimmt man aber an, daß alle Stände Stände annähernd gleichmäßig betroffen sind — nur *Trömner* und *Pecori* berichten von einem stärkeren Befallensein der unteren Volksschichten —, so wird man bei dem zahlenmäßigen Überwiegen der schlechtgestellten Volksschichten mehr als die Hälfte der Arbeitsunfähiggewordenen als öffentlicher Fürsorge bedürftig ansetzen dürfen.

In erster Linie wurde dabei an finanzielle Unterstützung aus öffentlichen Mitteln gedacht, und die Zahl der finanziell Unterstützungsbedürftigen wird wohl auch im Vordergrund stehen. Es wird zu fragen sein, ob man nicht die finanzielle Hilfe, wenigstens teilweise durch andere Maßnahmen ersetzen kann.

Dazu kommt noch die gar nicht allzu kleine Gruppe der infolge psychischer Defekte unterbringungsbedürftigen Erwachsenen, bei denen, auch in sonst nicht geistesgestörten, also lediglich reaktiv depressiven Fällen (*Stiefler*) aus dem qualvollen Leiden und der häufigen wirtschaftlichen Notlage Lebensüberdruß und Selbstmordneigung erwächst. Daß dieser Mechanismus nicht häufiger beobachtet wird, dürfte auf Rechnung der Apathie und Verlangsamung zahlreicher Spätfälle zu setzen sein (*Stiefler*). Immerhin sind Selbstmordversuche bei Postencephalitikern schon mehrfach beschrieben (*Stiefler*, *Dietrich*, *Francioni*, *Handelsmann*, *Sucherini*, *Naville*).

Zu diesen anstaltsbedürftigen Erwachsenen kommt noch die weit größere Zahl infolge Encephalitisschäden anstaltsbedürftiger Kinder und Jugendlicher. Hier begründen Unruhe, asoziale Neigungen und Erotisierung in irgend einer Form (*Anton*, *Pette*, *Leany u. Sands*, *Dietrich*) die Anstaltsbedürftigkeit. Auf die großen sozialen und wirtschaftlichen Schwierigkeiten dabei hat *Pette* besonders hingewiesen.

Rechnet man zu alledem noch die Aufgaben, die zahlreichen Stellen, denen die Hinterbliebenenfürsorge nach Encephalitistodesfällen zufällt, erwachsen, so ergibt sich ein mannigfaltiges Bild öffentlicher Fürsorgeaufgaben infolge der Encephalitis epidemica.

Auf die wichtigsten zu ergreifenden Maßnahmen gehe ich später ein. Vorher mögen noch 2 Gebiete gestreift werden, die ebenfalls durch die Encephalitis mit ihren Folgen vor neue Probleme gestellt worden sind. Nur kurz erwähnt sei die gerichtliche Medizin, weil die hier gegebenenfalls auftauchenden Fragen kaum allgemein, sondern nur für den einzelnen Fall gelöst werden können und mir persönliche Erfahrungen nicht zu Gebote stehen. *Hübner* hat über einige, zivilrechtliche Fälle dieser Art berichtet (Geschäftsunfähigkeitserklärung, Encephalitis epidemica als unabwendbarer Zufall), ebenso *Dietrich* (Entmündigung, Anwendung der §§ 105 BGB und 51 StGB.). Es sei nur die Entmündigung betreffend die Bemerkung erlaubt, daß man bei der in der Regel ungestörten Intelligenz der Kranken in der überwiegenden Mehrzahl mit der Einrichtung der Pflegschaft auskommen kann.

Wichtiger sind die Beziehungen der Encephalitis epidemica zum Versicherungswesen.

Schon die versicherungsrechtliche Bedeutung der Encephalitis epidemica ist nicht gering. Das haben bereits *Villinger* und *Dietrich* dargetan. In Betracht kommen (vgl. *Dietrich* und *Villinger*) die Beziehungen der Encephalitis zum Kriegsdienst überhaupt, sowie zu im Kriegsdienst durchgemachten Grippeerkrankungen, die Beziehungen zwischen körperlichen (*Dietrich*) und psychischen (*Villinger*) Traumen, die Frage nach dem Zusammenhang von Alkoholabusus und Encephalitis epidemica. Diesen hat *Dietrich* mit Recht abgelehnt, für die Frage der Kriegsdienstbeschädigung ist, wie *Villinger* zutreffend hervorhebt, zu untersuchen, ob etwa das nach der Grippe eingetretene symptomfreie Intervall vor oder mit dem Beginn der Encephalitisepidemie endigt. Ist dies der Fall,so ist die Wahrscheinlichkeit größer, daß die Encephalitis erst in der Epidemiezeit erworben wurde. Einen derartigen Fall konnte ich 1922 begutachten. Es handelte sich um einen parkinsonistischen Kranken aus Schlesien, der Ende 1917 eine grippeähnliche Erkrankung in Rußland durchgemacht hatte, dann noch 1919 nach seiner Rückkehr voll gearbeitet hatte und erst seit 1920 sicher encephalitisch krank war. Der Zusammenhang mit der Grippe 1917 und Kriegsdienstbeschädigungen wurde abgelehnt. (Ähnlich *Villinger*). *Villinger* hat dann noch einen Fall mitgeteilt, wo der Zusammenhang zwischen Schreckemotion Frühjahr 1919 und Encephalitis im Winter 1919/20 abgelehnt wurde. Tritt aber die Encephalitis epidemica unmittelbar nach dem Schreck auf, so wird ein Zusammenhang zwischen beiden nicht gut ausgeschlossen werden können. Daß solche Fälle vorkommen, schließe ich aus einer Beobachtung aus dem Winter 1919/20. Eine Frau erkrankte während der Märzunruhen 1920 im Anschluß an einen Schreck (Geschoßeinschlag dicht neben ihr am Abend) am Morgen des folgenden Tages mit delirantem Zustandsbild, subfebrilen Temperaturen, Schläfrigkeit. Die Diagnose wurde durch den Verlauf gesichert. Ein Gutachten wurde übrigens nicht erfordert. Derartige Erfahrungen ermahnen naturgemäß zur

Vorsicht bei der Beurteilung analoger (auch körperlich traumatischer) Fälle und zur Beachtung der Intervallzeit zwischen Trauma und Krankheit, der schwierigen Differentialdiagnose und Epidemiologie in jedem einzelnen Falle. Die herangezogene Kasuistik lehrt jedenfalls, daß weder der Zusammenhang der verschiedenen Einwirkungen mit der Encephalitis epidemica generell geleugnet, noch angenommen werden darf.

Weitaus größeren Umfang nehmen in den Beziehungen zwischen Encephalitis epidemica und Versicherungswesen die aus der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit chronisch Encephalitiskranker sich ergebenden Fragen ein. Die Zahl der ev. ganz oder teilweise zu invalidisierenden Kranken dieser Art ist ja schon an sich viel größer als derer, bei denen die obengenannten Momente in Betracht kommen. Auf die Bedeutung gerade dieses Aufgabengebietes muß um so dringlicher hingewiesen werden, als ja erfahrungsgemäß die Diagnose von nicht fachlich vorgebildeten Ärzten häufig verkannt wird. Daß auch für den Sachkundigen, wenigstens im Anfang der Epidemie, die Diagnose oft nicht leicht war, haben *Villinger*, *Jakob* und *Beyer* noch besonders betont. In Frage kommen differentialdiagnostisch vor allem Hysterie (Tremor, Pseudoparesen!) schizophrene Zustände (katatonieähnliche Bewegungsarmut; bei Jugendlichen läppische Erregungsformen!) Demenzzustände. Für den Kundigen sind die Kriterien meist eindeutig, aber dem Gros der als Gutachter in Versicherungssachen tätigen Ärzte gegenüber erwächst hier den in Betracht kommenden Stellen eine nicht zu unterschätzende Aufgabe, wenn sowohl sachkundige Beurteilung überhaupt wie auch gleichmäßige Bewertung der Defekte angestrebt und erleichtert werden soll. Beide Forderungen können erreicht werden durch Überweisung entsprechender Fälle an den Neurologen und Psychiater einerseits, durch Aufklärung der Ärzte andererseits. Letzteres wird am besten im Anschluß an die auch sonst erforderliche Belehrung der Ärzte (s. u.) geschehen können.

Über die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit chronischer Encephalitiskranker hat *Beyer* einige Mitteilungen gegeben. Er nimmt Invalidität an bei schweren psychischen Alterationen (seien es die psychotischen Zustände einschl. der Schlafumkehr oder die encephalitische Abulie und die pseudoneurasthenischen Formen), bei schwerem Parkinson (vor allem bei Handarbeitern), Erwerbsminderung bei Augenmuskelstörungen, Propulsion, Retropulsion, hyperkinetischen Erscheinungen. Im einzelnen wird die Wertbemessung dabei von der Berufsart abhängen. Mir scheint ebenfalls an der Frage das wichtigste die Trennung der allgemeinen Folgezustände (schwerer Parkinsonismus, Torsionsspasmus, psychische Alterationen) von den monosymptomatischen Defektheilungen (Augenmuskellähmungen, lokalisierte Hyper- und Akinesen, Pseudoparesen, Tremorformen). Über eine größere Reihe von Katamnesen berichten *Bing* & *Staehelin*: von 80 Fällen waren nach $^3/_4$ Jahr nur 24 geheilt. Von den ungeheilten nur 21 ohne Parkinsonismus (davon nur 1 progredient). Von 36 parkinsonistischen Fällen waren 11 Spätparkinsonismen sämtlich progredient, von 25 Frühparkinsonismen 2 gestorben, 7 in Besserung, 7 stationär 8 progredient, einer erlitt nach Remission ein schweres Recidiv. Mit Recht macht *Beyer* darauf aufmerksam, daß der meist frühe Termin der Begutachtung die Beurteilung der Prognose erschwert. Ich glaube, daß man den

Schwierigkeiten der Prognosestellung kaum anders als durch periodische (jährliche) Nachuntersuchungen begegnen kann. Die Gefahr einer psychogenen Überlagerung, die damit gegeben sein könnte, vermag ich nicht hoch anzuschlagen. Die überwiegende Mehrzahl gerade der progredient Kranken, für die ja die Nachuntersuchung von höchster Bedeutung ist, neigt nicht zu psychogenen Symptomen und auch die monosymptomatischen Formen, die ich sah, boten keine mit Sicherheit als psychogen anzusprechenden Erscheinungen.

Zum Schluß noch ein Wort über die etwaigen Behandlungsaussichten, nach deren Beurteilung ja regelmäßig gefragt wird. *Beyer* hält nur bei leichteren Formen die Behandlung (Übungstherapie, Hydrotherapie, Roboration) für aussichtsreich.

Sonst wird im allgemeinen angegeben, daß die schweren Folgezustände neurologischer Natur jeder Behandlung trotzen. Die Darlegung *Beyers* wird daher wohl keinem Widerspruch begegnen. Ich selbst sah in Arnsdorf bei mehreren der Fiebertherapie (Recurrensinfektion) unterworfenen Fällen keinen sicheren Erfolg.

Die Unmöglichkeit einer einigermaßen rationellen Therapie einer so häufig zu so schweren Siechtum führenden Erkrankung bedingt erhöhtes Eingreifen der Fürsorgeorgane. Kommen doch eben ärztliche Methoden zur Bekämpfung der entstandenen Schäden z. Zt. noch nicht in Betracht. In welcher Hinsicht Fürsorgebedürftigkeit vorliegt, wurde bereits erörtert. Nunmehr soll besprochen werden, in welcher Form die Fürsorgetätigkeit zweckmäßigerweise ausgeübt werden kann. Dabei empfiehlt sich in vieler Hinsicht eine Trennung zwischen Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, nicht nur weil in den einzelnen Lebensaltern die Gesamtzahl der Folgezustände gewisse Eigentümlichkeiten aufweist und weil die anzustrebenden Ziele deshalb verschieden sind, sondern auch weil die in Betracht zu ziehenden Maßnahmen für die großen Altersgruppen differieren.

Gleich von Anfang sei allgemein betont — an einzelnen Stellen soll immer wieder darauf hingewiesen werden —, daß die Sonderstellung der Kranken (in der Mehrzahl fortschreitende, seltener stationäre Krankheitsprozesse) es erfordert, bei allen Vorschlägen und Maßnahmen auf ausreichende ärztliche Überwachung des die Encephalitisfolgezustände betreuenden Fürsorgedienstes Bedacht zu nehmen, um gegebenenfalls die Methoden der Fürsorgetätigkeit mit der Stufenfolge der Hilfsbedürftigkeit im Einzelfall abzuändern.

1. Erwachsene: Entsprechend der modernen Auffassung der Fürsorgetätigkeit wird man bei der bloßen finanziellen Hilfe (Renten usw.) nicht stehen bleiben wollen, sondern als Ziel einer praktischen Fürsorge aufstellen, möglichst viele der chronisch Encephalitiskranken irgend einer Erwerbstätigkeit zuzuführen. Es ist ja erwiesen, daß

die mögliche finanzielle Unterstützung der wirtschaftlichen, seelischen und körperlichen Notlage derartiger Zustände nicht gerecht werden kann. Ist sie doch eben nur eine Unterstützung, nicht eine wirtschaftliche oder sonstige Sicherstellung. Andererseits möchte man doch gern die allzu frühzeitige Unterbringung in Kranken- oder Siechenanstalten vermieden wissen und derartige Maßnahmen nur in den schwersten Fällen anwenden.

Unter diesen Gesichtspunkten verdient folgende Gruppe von Maßnahmen zunächst den Vorrang vor den übrigen:

a) Im Anschluß an bereits vorhandene Beratungsstellen (Tuberkulose-, Mütter-, Geschlechtskrankenberatung) sollen die chronisch Encephalitiskranken zunächst einmal unentgeltlich ärztliche Beratung finden. Als Gegenstände der Beratung ergeben sich: Berufsberatung, Anbahnung etwaigen Berufswechsels, Stellenversorgung und dgl. mehr. Bei den Fällen monosymptomatischer Defektzustände und leichteren Parkinson- bzw. Abuliefällen wird auf diese Weise mancherlei erreicht werden können. In Schreiberposten, Hilfsstellungen, Hausmannstätigkeit und dgl. können vielfältige Formen chronischer Encephalitis sehr gut beschäftigt werden.

Die Beratungsstellen ermöglichen außerdem noch die Feststellung der schwersten, für die Unterbringung geeigneten Fälle.

Soweit die bereits angezogenen Möglichkeiten aus irgendwelchen, in der Persönlichkeit des Kranken wie in äußeren Verhältnissen gelegenen Gründen nicht in Betracht kommen, könnten sie durch Vermittlung von Heimarbeit, im Anschluß an sonstige öffentliche Einrichtungen (Blindenfürsorge) ev. auch unter Beschaffung billigen Rohmaterials, zu irgend einer Form von Erwerbstätigkeit in Stand gesetzt werden, die ihre wirtschaftliche Lage im Verein mit ihrer Rente verbessert.

b) Den Fürsorgerinnen der Städte, Bezirksschwestern würde dabei die Aufgabe zuzuweisen sein, die Encephalitiskranken ihres Bezirkes tunlichst zu ermitteln, sie zum Besuch der Beratungsstunden anzuhalten, sich über ihr Fortkommen zu vergewissern, Änderungen ihres Zustandes dem beratenden Arzte anzuzeigen und neue oder abgeänderte Maßnahmen zu veranlassen.

c) Anzustreben wäre meines Erachtens auch für geeignete, vorzugsweise seit Jahren stationäre Fälle, eine Umschulung in andere Berufe etwa in der Art der Kriegsverletztenschulen und Hirnverletzteninstitute; wo solche noch bestehen, im Anschluß daran oder an Versorgungslazarette, sonst unter Benutzung der sogenannten

Fortbildungsschulen, wo in langsamem Fortschreiten den leichter Encephalitiskranken entsprechende Berufe (Buchbinder, Bürobedienstete u. a.) erschlossen werden können. Auch hier werden die leichten Parkinsonismen und leichten psychischen Schwächezustände (leichte Abulie, leichte Pseudoneurasthenie) am ehesten in Frage kommen.

Selbstverständlich können alle diese Maßnahmen lediglich fakultativ sein. Hervorheben möchte ich noch, daß diese Vorschläge in keinem Punkte die Neuschaffung einer Organisation in sich schließen. Im Gegenteil kommt man mit den bestehenden Einrichtungen vollkommen aus, es bedarf nur der Anregung von maßgebender Seite und öffentlicher Hinweise, um die Encephalitikerfürsorge in Gang zu bringen.

Ausschlaggebend für die Bewertung derartiger Vorschläge scheinen mir 2 Gesichtspunkte zu sein: 1) ob sie Anklang bei den Beteiligten finden, 2.) ob sie einen Erfolg versprechen. Zu 1.) Nach meinen Erfahrungen sind alle chronisch Encephalitiskranken — mit Ausnahme der schwersten Apathiezustände — überaus dankbar, wenn man Mühe auf sie verwendet, sie sind auch im Rahmen der ihnen von ihrer Krankheit gelassenen Möglichkeiten gern bereit, Anregungen zur Beschäftigung zu folgen. Zu 2.) Selbst Schwerkranke können, wenn sie nur angeregt und wiederholt ermahnt werden, scheinbar ganz unmögliche Verrichtungen ausüben und unter dem Einfluß der ihnen gestellten Aufgabe auch schwere körperliche Hindernisse (Tremor, Verlangsamung) allmählich immer vollkommener überwinden lernen. Es entspricht das der klinischen, von *Steiner* besonders gewürdigten Erfahrung, daß es mit Hilfe der Fremd- oder gewaltsamer Eigenanregung gelingt, ihre Verlangsamung, ihre Starre usw. immer wieder zu durchbrechen. Berücksichtigt man ferner, daß es sich fast ausnahmslos um intellektuell vollwertige Individuen handelt, und daß es mit Hilfe symptomatischer Mittel (Skopolamin in milden Dosen, innerlich in Pillenform) relativ leicht gelingt die Akinese zu bessern, so erscheinen die Versuche, den Encephalitikern neue Erwerbsquellen zu schaffen, durchweg nicht so aussichtslos, wie man zunächst vielleicht annehmen könnte. Allerdings wird der endliche Gesamterfolg in hohem Maße von der Energie und der Einsicht der beteiligten ausführenden Stellen abhängig sein. Diese Erfordernisse würden am ehesten in einer zentralen Encephalitikerschule verwirklicht werden können. Da diese aber erst neu geschaffen bezw. organisiert werden müßte, ist es vielleicht zweckmäßiger, wenigstens im Anfang, den mit der Dezentralisation dieser Maßnahmen verbundenen Nachteil, daß man die Fähigkeiten der ausübenden Organe nicht kennt, in Kauf zu nehmen für den Vorteil, daß man die ganze Fürsorgetätigkeit für Encephalitiker dem Aufgabenkreis bereits bestehender Einrichtungen eingliedert. Bei dieser Anordnung kann man den Erfolg der Encephalitikerberatung und der Fürsorgeschwesterntätigkeit abwarten, ehe man zu der weiteren Maßnahme zentralisierter Encephalitikerumschulung fortschreitet. (s. u.)

d) Für die nicht geringe Zahl schwerer Allgemeinschädigung durch die Encephalitis, körperliche (schwerer Parkinsonismus, Hyperkinesen) wie psychische (schwere Bradyphrenie, Abulie, Apathie, maniakalische Zustände usw.) und für die Fälle, die bereits in Fürsorge stehend durch Progredienz des Prozesses für die weitere Fürsorge im bisher erörterten Rahmen, ungeeignet werden, kommt nur noch, soweit sie nicht in der Familie verpflegt werden, die Unterbringung in einer geeigneten Anstalt in Betracht. Doch sollte die Unterbringung bei rein körperlichen Formen schweren Grades nicht eher veranlaßt bzw. befürwortet werden, als bisher nicht der Versuch einer Beschäftigung des Kranken sicher fehlgeschlagen ist. Auf die Wichtigkeit dieses Standpunktes vor der Invalidisierung der Kranken hat *Hess* hingewiesen. Er behält auch für die Frage der Unterbringung solcher Kranken Geltung. Zudem dürfte *Hess* wohl zugeben, daß sein Vorschlag nur dann praktisch ausgewertet werden kann, wenn bereits ein System öffentlicher Einrichtungen vorhanden ist, unter deren Schutz der Kranke seinen Versuch zu arbeiten unternimmt.

Auch die etwaige Unterbringung chronisch encephalitiskranker Erwachsener kann sich im Rahmen des Bestehenden vollziehen. Die Fälle mit sicheren psychischen Folgezuständen (Pseudopsychopathie, Depressionen, Erregungen, schwere Apathien, Suicidale usw.) finden am zweckmäßigsten, worüber kein Zweifel bestehen kann, in Irrenanstalten Aufnahme. Schwerer dagegen ist die Entscheidung darüber zu treffen, wo die Fälle mit neurologischen Allgemeinerscheinungen (bes. Parkinson) am besten untergebracht werden. Zur Verfügung stehen die Siechenhäuser der großen Städte, die Bezirksanstalten und staatliche Pflegeanstalten. Die Bezirksanstalten erscheinen am wenigsten geeignet, weil ihre ärztliche und pflegerische Versorgung nicht immer der großen Hilfsbedürftigkeit gerade dieser Kranken entspricht. Den an die ärztliche Versorgung zu stellenden Ansprüchen werden wohl nur die Siechenhäuser der Großstädte gerecht. Dazu kommt aber, daß es sich in der Mehrzahl um relativ jugendliche Individuen handelt, bei denen immer von neuem der Versuch gemacht werden muß, sie einem befriedigenderen Dasein zurückzugeben, einmal um ihnen subjektiv ihr Los zu erleichtern, andererseits um die Fürsorge finanziell zu entlasten. Unter diesem Gesichtspunkt ist es offenbar besser, wenn man die unterbringungsbedürftigen Fälle an einer Stelle zu sammeln sich bemüht. Denn diese Stelle könnte dann gleich mit Möglichkeiten zur Beschäftigung, Umschulung usw. auch dieser Kranken versehen werden, sei es für besser werdende Fälle, sei es für

solche, deren Unterbringung doch nicht ganz unumgänglich notwendig war.

Auch diese Einrichtung, die wiederum keinerlei Neuschöpfungen mit sich bringt, kann nur zur fakultativen Benutzung bereitgestellt werden. Von der Propagierung durch öffentliche Hinweise, durch Fürsorgeorgane und Beratungsstellen wird die Frequenzziffer derselben vor allem bedingt sein. Zeigt sich aber, daß die öffentlichen Maßnahmen weitergehende Anerkennung finden und stellt sich zahlenmäßig begründbar ein Bedürfnis danach ein, so dürfte der Anschluß einer besonderen Encephalitikerberufsschule auch für leichte Fälle an das Sammelbecken für unheilbare Encephalitiskranke mit Fug und Recht erwogen werden können.

Wenn bei diesen Erörterungen der Gesichtspunkt des Anschlusses an bestehende Einrichtungen der Fürsorgetätigkeit in den Vordergrund gerückt wurde, so geschah dies nicht nur, weil dadurch die Durchführung der notwendigsten Maßnahmen erleichtert wird, sondern auch deshalb, weil ja weder die Zahl der z. Zt. fürsorgebedürftigen erwachsenen Encephalitiker feststeht, noch die zahlenmäßige Weiterentwicklung vorausgesagt werden kann. Im Falle einer neuen Epidemie würde natürlich mit einer Vermehrung der Fälle zu rechnen sein, ohne daß damit zu weiteren Fürsorgemaßnahmen gegriffen zu werden brauchte. Bleibt aber eine weitere Epidemie aus, so wird, da viele chronisch Encephalitiskranke noch an den Folgen ihrer Krankheit sterben, die Zahl der Hilfsbedürftigen fortschreitend abnehmen. Und für diesen Fall ist die hier vorgeschlagene Anordnung zweckmäßiger.

Es ist bedauerlich, daß wir weder im allgemeinen über die Prognose der kindlichen Encephalitisfolgen ausreichend unterrichtet sind noch für den speziellen Fall prognostische Kriterien besitzen. Doch dürfte diese Unsicherheit nicht von der Ergreifung fürsorgerischer Maßnahmen gerade bei den kindlichen Encephalitisfolgen abhalten angesichts der von fast allen Seiten bestätigten fundamentalen Tatsache, daß diese Kinder mit ganz verschwindenden Ausnahmen nicht dement werden. Soweit Demenz beobachtet wurde (Paterson), betraf sie anscheinend jüngere Kinder (vgl. auch *Stern*). Die überwiegende Mehrzahl aller Autoren fand keine Demenzerscheinungen (*Stern*). *Shermann*, *Clay* u. a. haben das zum Überfluß noch durch Untersuchungen der Intelligenz stets bestätigt. Auch ich kann diese Tatsache nach meinen Erfahrungen nur unterstreichen und möchte nicht unterlassen darauf hinzuweisen, daß die in Chemnitz-Altendorf eingewiesenen encephalitischen Kinder ebenfalls keine intellektuellen Ausfälle bei Binetprü-

fungen zeigten. Auch die angeblichen Intelligenzdefekte der Kinder im Spielalter erscheinen mir nicht gesichert. Ist es an sich schon schwer bei Kindern in diesem Alter sichere Ergebnisse zu erhalten, so kann die Schwierigkeit durch die schwere Erkrankung nur vermehrt werden. Der Einwand, daß es sich nur um eine Vortäuschung von Intelligenzdefekten durch die Eigenart der Krankheit bei erhaltenen Intelligenzfunktionen gehandelt hat, ist nicht widerlegt. Es ist die Möglichkeit zu betonen, daß unter entsprechender Leitung auch die jüngeren encephalitischen Kinder intellektuell sich fortentwickeln können.

Unter den Ärzten wie im Publikum ist diese ganz gesicherte Erkenntnis größtenteils noch unbekannt. Und von hier aus droht den unglücklichen Wesen die erhebliche Gefahr des intellektuellen Stillstandes infolge Mangels an äußerer Anregung. Man kann von der Gefahr intellektueller Verwahrlosung sprechen. Neben ihr steht gleichbedeutend die Gefahr der körperlichen Verwahrlosung der schweren körperlichen Folgezustände. Die Neigung, die erkrankten Kinder in öffentlichen Anstalten unterzubringen, scheint bei den Eltern nicht groß zu sein. Die Kinder bleiben zu Haus, niemand beschäftigt sich zweckmäßig mit ihnen, niemand lehrt sie, die ihnen verbliebenen Bewegungsmöglichkeiten auszunützen. Darniederliegen des allgemeinen Kräftezustandes, Versteifungen der unbenutzten Gelenke beim Parkinson, habituelle Kontrakturstellungen und dgl. sind die unausbleiblichen, durch spätere orthopädische oder sonstige Eingriffe nur unvollkommen auszugleichenden Folgen. Den Pseudopsychopathen droht als dritte die Gefahr der moralischen Verwahrlosung. Sie scheint dem Symptomenbilde nach recht groß. Praktisch ist sie nicht so bedeutend, weil die Kinder ihrer schweren Erscheinungen halber zu Haus meist nicht gepflegt werden können und deshalb öffentlichen Anstalten zugeführt werden.

Die Feststellung dieser Verhältnisse schließt die Forderung, ihnen durch zweckmäßige Maßnahmen entgegenzutreten, ohne weiteres in sich. So haben sich denn auch eine Reihe von Autoren mit der Frage nach Maßnahmen für die geschädigten Kinder beschäftigt. *Shrubsall* empfiehlt Herausnahme der Pseudopsychopathen aus den Familien und Unterbringung in Internaten oder Privatfamilien, *Lechy* & *Sands* sorgten für Schul- und Handfertigkeitsunterricht neben medikamentöser und hydrotherapeuthischer Behandlung. *Anton* tritt für Unterbringung in Psychopathenheimen ein und *Dietrich* erörtert die Notwendigkeit der Zwangserziehung. In Sachsen ist vor allem Obermedizinalrat Heinicke für entsprechende Maßnahmen tätig.

Die Aussichten, die etwaige fürsorgerische und erzieherische Maßnahmen haben können, zu beurteilen, ist nicht ganz leicht. Auch hier

wieder steht das Bedenken im Vordergrund, daß durch das Fortschreiten der Krankheit in vielen Fällen die erzielten Erfolge wieder illusorisch gemacht werden könnten. Das muß natürlich zugegeben werden. Aber soll man den Kindern auf die bloße Möglichkeit der Verschlimmerung hin keine Förderung angedeihen lassen? Mir erscheint das zum mindesten ungerechtfertigt, ja lieblos, um so mehr, als die erforderlichen Maßnahmen ohne große Umstände durchgeführt werden können. Andererseits handelt es sich ja wiederum um Kranke, die nicht etwa schwachsinnig oder blödsinnig geworden sind, sondern höchstens auf ihrer Entwicklungsstufe stehen bleiben, weil die Krankheit sie aus den notwendigen äußeren Voraussetzungen für die normale geistige Entwicklung herausgerissen hat.

Ich hatte Gelegenheit, durch gütiges Entgegenkommen von Obermedizinalrat *Heinicke* in Chemnitz-Altendorf einer Encephalitikerschulstunde beizuwohnen und möchte an dieser Stelle über meine Beobachtungen dabei berichten.

An der Stunde nahmen teil 10 Kinder, davon 8 Encephalitiker (6 amyostatische, davon 5 sehr schwere Fälle mit Rigidität und Akinese), 1 Pseudopsychopath, , 1 psychotischer Fall. Im ganzen 7 Knaben und 1 Mädchen im Alter von 8—12 Jahren. Die Dauer des Unterrichts betrug 1 ½ Stunden. Im Stundenplan waren täglich 3 Lehrstunden festgesetzt und als Unterrichtsgegenstände: Deutsch, Rechnen, Biblische Geschichte, Schreiben, Anschauungs- und Handfertigkeitsunterricht aufgeführt. Der Unterrichtsraum war mit Liegestühlen ausgestattet. Doch zeigten die Kinder während meiner Anwesenheit keine stärkeren Ermüdungserscheinungen. Das Verhalten der Kinder beim Unterricht war höchst interessant. Sie erwiesen sich trotz Apathie, Akinese, Latero- und Propulsion, trotz Verlangsamung als mit Aufmerksamkeit teilnehmend, keineswegs als abgelenkt. Auch aus scheinbar tiefer Apathie heraus gaben sie ohne hingesehen zu haben, spontan die richtigen Antworten, rechneten richtig, schrieben an die Wandtafel usw. Dabei ergab sich wieder der große Einfluß der Fremdanregung durch Ermahnung, Aufforderung, z. B. wenn sie im Satz infolge Akinese stecken blieben oder durch das Beispiel (gemeinsames Singen, Sprechen, Aufstehen, Handheben usw.). Von wesentlicher Bedeutung erschien mir gerade im Zusammenhang die Lehrweise, die ganz auf frischen Ton, Spannung, Ermunterung, individuelle Anrede und Ausnutzung der autoritativen, suggestiven Einflüsse abgestellt war.

Als Maßstab des allgemeinen Unterrichtserfolges ergab sich ein deutlicher Vorsprung der bereits länger unterrichteten Fälle gegenüber den jüngst aufgenommenen hinsichtlich der Freiheit der Bewegungen usw. Außerdem lagen mir dazu tabellarische Zusammenstellungen der Intelligenzstufen einzelner Fälle vor und nach einiger Zeit Unterricht, aus denen der Fortschritt in der Regel klar hervorging, vor. Zeichnungen, Falt- und Ausschneidehefte, Schreibhefte legten das große Maß der verbliebenen Handfertigkeit dar. Aus den Schreibheften war der Übungs-

fortschritt bezw. die rasche Wiederbeherrschung von früher Erlerntem besonders deutlich erkennbar.

Neben dem Unterricht geht auch in Chemnitz-Altendorf die medikamentöse und physikalische Behandlung einher: Pregl-Lösung und Symptomatika bilden ihre Grundlage.

Bei den Chemnitz-Altendorfer Fällen, die durchweg recht schwer waren, kann wegen der trüben Prognose des Grundleidens der soziale Enderfolg vielleicht noch in Frage gezogen werden. Doch kaum mit Recht. Denn wenn schon so schwere Fälle relativ gute Erfolge ermöglichen, so wird bei leichten und mittelschweren Fällen erst recht Gutes erzielt werden können. Das gilt nicht nur von den für die Aufgaben des Unterrichts in mancher Hinsicht (bessere Konzentrationsmöglichkeit) besser gestellten Akinetikern, sondern auch für die Pseudopsychopathen. Wenigstens konnte ich in einem mittelschweren Falle letzterer Art bei einem Jugendlichen den günstigen Einfluß ausreichender Beschäftigung im Einklang mit den Erfahrungen der Autoren beobachten.

Die Erfolgsaussichten in sozialer Hinsicht sind also nicht durchaus pessimistisch zu beurteilen. Sah doch z. B. *Shermann*, daß von 17 psychischen Folgezuständen nach Encephalitis bei Kindern nur 7 aus der Schule genommen werden mußten. Ebensoviele konnten versetzt werden.

Die Maßnahmen, welche zur Behebung der Encephalitisschäden bei Kindern in Frage kommen, lassen sich in allgemeine und für jede Alterskategorie und Formgruppe besondere einteilen.

Da nur in seltenen Fällen (Gefahr schwerer Verwahrlosung, Nichtausübung der notwendigen Pflege aus wirtschaftlichen oder sonstigen Gründen, schwere asoziale Neigungen) die Unterbringung ohne weiteres von den Behörden wird vorgenommen werden können, so verdienen zunächst die aufklärenden Maßnahmen in den Vordergrund gerückt zu werden. Ärzte und Publikum bedürfen der Aufklärung. Für die Ärzte (Schulärzte) geschieht das am besten durch das auszugebende Encephalitismerkblatt, für das Publikum durch die Beratungsstellen und die Fürsorgeschwestern, die auf die Eltern in entsprechendem Sinne einwirken ev. auch behördliches Eingreifen veranlassen sollen. Mit den Beratungsstellen am besten verbunden und als Ausführenden den Fürsorgeschwestern übertragen, wird die fortlaufende Überwachung der ermittelten encephalitischen Kinder. Außerdem haben die Fürsorgeschwestern anzustreben, tunlichst alle encephalitischen Kinder und Jugendlichen namhaft zu machen und in angemessenen Zeiträumen wieder zu besuchen. Die Schulbehörden und die Bezirksärzte oder Schulärzte sind anzuweisen, den Fürsorgeschwestern die wegen Encephalitis vom Schulunterricht fernbleibenden Kinder mitzuteilen.

Im allgemeinen wird man dabei den Gesichtspunkt walten lassen, solange und so oft als möglich ohne Unterbringung auszukommen und jeden Zwang zu vermeiden, im Gegenteil sollte meines Erachtens versucht werden, durch Aufklärung die Eltern möglichst zu veranlassen, von sich aus, wenn nötig, die Unterbringung zu betreiben.

a) Für Kinder sind 1) an den Hilfsschulen Förderklassen für leichtkranke postencephalitische Kinder zu schaffen. Es empfiehlt sich nicht, die encephalitischen Kinder in den Hilfsschulen mit Minderbegabten zusammen zu unterrichten. Wenn sie auch häufig verlangsamt sind und deswegen gesunden Kindern gegenüber zurückbleiben, so schreiten sie doch rascher vorwärts als Schwachsinnige und können vor mannigfaltigere und schwierigere Aufgaben gestellt werden. Überhaupt kann der Lehrstoff wohl derselbe bleiben wie für gesunde Kinder, nur auf langsameres Fortschreiten und individuelle Behandlung wird Gewicht zu legen sein.

2) Für die schweren Fälle und solche, welche außerhalb der größeren Städte keinen Anschluß an die Förderklassen gewinnen können, ist die Errichtung einer zentralen Encephalitikerschule in Aussicht zu nehmen. Deren Benutzung kann naturgemäß nach den geltenden Bestimmungen nicht zwangsweise angeordnet werden, doch ist anzustreben, daß die Eltern ausreichend über die Vorteile derselben belehrt werden, und dafür Sorge zu tragen, daß die in Landesanstalten usw. ihrer schweren Erscheinungen wegen untergebrachten oder zur Aufnahme gelangenden Kinder möglichst sämtlich der Encephalitikerschule zugeführt werden. Die entstehenden Kosten sind den Bestimmungen für die Geisteskranken entsprechend zu verteilen. Als Ort kommt für Sachsen am besten Chemnitz-Altendorf in Frage.

3) Es empfiehlt sich, die schwereren kindlichen Pseudopsychopathien gesondert zu behandeln und mit den jugendlichen Pseudopsychopathen zu vereinigen, um ihren ev. ungünstigen Eindruck auszuschalten. Kinder mit geringeren Charakterveränderungen können den Förderklassen und der Encephalitikerschule wohl unbedenklich zugeführt werden. Die Auswahl ist den Schulärzten zu übertragen.

4) Die Lehrkräfte sind durch Kurse, Vorträge, Aufenthalt an der Encephalitikerschule auszubilden und mit Anweisung zu versehen. Die Kinder sind durch die Schulärzte fortlaufend zu überwachen.

b) Für Jugendliche. Hier kommen als gesonderter Behandlung bedürftig nur die Pseudopsychopathen in Betracht. Sie gelangen in den meisten Fällen von selbst zur Aufnahme in öffentlichen Kranken-, meist Irrenanstalten oder werden wegen ihrer unsozialen Betätigung durch die Behörden zugeführt. Auch sie werden am zweckmäßigsten

an einer oder wenigen Stellen gesammelt, an denen für ihre Beschäftigung und Fortbildung ausreichend gesorgt und neben den Erziehungsbestrebungen auch die ärztliche Behandlung und Überwachung gewährleistet werden kann.. Es kann kaum etwas anderes als die Anlehnung derartiger Stellen an die staatlichen Erziehungsanstalten in Frage kommen. Hierbei ist auf von den übrigen gesonderte Behandlung der encephalitischen Pseudopsychopathen Wert zu legen.

Die aus körperlichen Folgezuständen unterbringungs-, schulungs- oder umschulungsbedürftigen jugendlichen Encephalitiker werden am besten der Zentralstelle für körperliche Encephalitisschäden zugeteilt.

Zum Schluß mag noch die kurze Frage erörtert werden, ob Zentralisation oder Dezentralisation dieser Maßnahmen geeigneter ist. Ich glaube nicht, daß das generell entschieden werden kann. Bei der Vielgestaltigkeit der neurologischen Folgezustände der Encephalitis und ihren zahlreichen Gradabstufungen könnte angesichts des Bestehens der Hilfsschulen Dezentralisation als das bessere System erscheinen. Dem kann zugestimmt werden, wenn daneben noch eine Zentralstelle vorhanden ist, welche die von den dezentralisierten Einrichtungen nicht versorgten Fälle betrifft. Bei den Pseudopsychopathen erscheint mir dagegen Zentralisation als die wertvollere Anordnung, weil hier durch Zentralisation am einfachsten die bestehenden Einrichtungen benutzt werden können; andererseits aber die bei „sporadischer" Unterbringung eintretende Gefahr der „seelischen Isolierung" der betreffenden Kranken durch Zentralisation gemildert wird.

Neben den Fürsorgenotwendigkeiten hat vor allem die Frage der Encephalitisprophylaxe öffentliches Interesse. Zu ihrer Beurteilung verdient der jetzige Stand unseres epidemiologischen Wissens über die Encephalitis epidemica eine kurze Darstellung[1]).

So interessant die Beziehungen der Encephalitis lethargica zur Vergangenheit sind, für die Gegenwart lehren sie nicht viel. Wir sind für die Beurteilung der Krankheit lediglich auf die Ergebnisse der Forschungsarbeit der letzten Jahre angewiesen.

Was nun zunächst den Verlauf der Gesamtepidemie anlangt, so ergibt er sich aus der Tabelle III.

Es bedeutet: nicht unterstrichen: sporadische Fälle,
〰〰: vermehrt sporadische Fälle,
——: kleinere Epidemien,
━━: größere Epidemien,
════: schwere Epidemien,

[1]) Anm. bei Korrektur: Abgeschlossen November 1924.

Tabelle III. Übersicht über den Gesamtverlauf der Encephalitisepidemie.

	Anfang—Frühjahr (Januar bis Mai)	Sommer (Mai—August)	Herbst (Sept.—Oktbr.)	Winter (November—Dezember)
1915	Rumänien.			Franz. Front.
1916	Franz. Front, Rumänien.	Lyon		Kopenhagen. Wien. Leipzig. Franz. Front.
1917		Neusüdwales Lyon.		
1918	Frankreich. (März) England. (April) Dänemark. Algier. Norwegen. Portugal. Finnland. Indien.	Frankreich. England.	Frankreich. Amerika (New York). England. Griechenland. Kiel.	England. Amerika. Philippinen. Schweiz. Stuttgart. Göttingen. Hamburg.
1919	England. Holland. Schweden. Norwegen. Göttingen. Berlin. Elsaß. München. Stuttgart. Wien. Rom. Frankreich. Amerika. Uruguay. Mexiko. Peru.	Deutschland. Wien.		Amerika. Schweiz. Italien. Ruhrgebiet. Saargebiet. Belgien. Frankreich. Portugal. Spanien. Italien. Dänemark. Schweden. Norwegen. Finnland. Polen. Griechenland. Türkei. Indien. Japan. (Rußland ? ?) Rostow.
1920	Österreich. Südwest-, Mittel- und Norddeutschland. Dänemark. Schweden. Norwegen. Finnland. Polen. Griechenland. Türkei. Japan. China. Indien. Schweiz. Frankreich. Portugal. Spanien. Italien. Philippinen. Amerika. Brasilien. Peru. Uruguay.			Polen. Frankreich. Deutschland. Finnland.
1921	Berlin. Leipzig. Finnland.		und sporadisch in zahlreichen Ländern.	Holland.
1922	Amerika.			Hamburg.
1923	Amerika. Glasgow. Liverpool. England. Petersburg. Hamburg.			
1924	England.	England.		

Die Tabelle zeigt für den Gesamtverlauf der Epidemie eine Reihe von Eigentümlichkeiten:

a) sporadisches Auftreten im Anfang. Zeitweiliges Erlöschen. Erst dann nach mehreren Jahren der große, fast pandemische Ausbruch, dem ziemlich unvermitteltes Absinken folgt.

b) Ein eigentlicher Epidemieweg läßt sich nicht eruieren. Im Gegenteil hat der Verlanf auch einen räumlich springenden Charakter. Es ist mehrfach von einer Wanderung der Epidemie gesprochen worden (z. B. für Amerika [*Stern*]). Auch in Deutschland will *Kayser-Petersen* ein anfängliches Wandern von Ost nach West feststellen. Für Amerika hat *Smith* gezeigt, daß von einem eigentlichen Wandern nicht die Rede sein kann. Es ist nur der Gipfel der großen Epidemie in Kalifornien etwas später als in New-York beobachtet worden. (Kalifornien April, New-York Januar, Februar). Und gegen die Darstellung *Kayser-Petersens* hat schon *Stern* eingewendet, daß die statistischen Unterlagen die Ableitungen K.-P. nicht begründen können, weil sie viel zu ungenau sind. Auch der Ausbruch der ersten Fälle findet gleich an räumlich weitgetrennten Stellen statt.

c) Die Epidemien zeigen starke Abhängigkeit von der Jahreszeit. Mit Ausnahme der australischen Epidemie (Sommer 1917), der englischen Epidemie 1918 und 1924 fallen die Haupterkrankungsziffern sämtlich in die Winter- und Frühjahrsmonate (besonders in die Monate Januar bis April).

Was für den Epidemieverlauf im großen gilt, besteht auch für die einzelnen Epidemien.

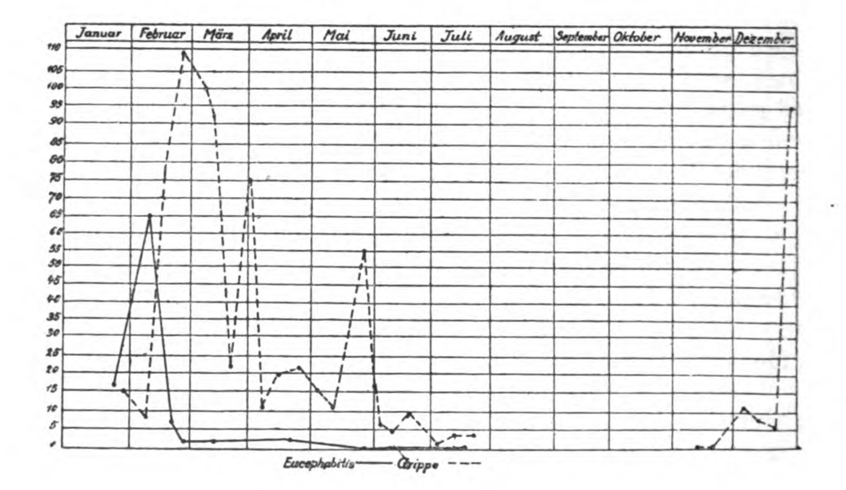
Zu a) Das zeitweilige Erlöschen ließ sich in Leipzig recht gut beobachten. Dem Auftreten der ersten sporadischen Fälle folgte die erste Epidemie Januar bis März 1920, die zweite erst Dezember 1920 bis März 1921. *Rindfleisch* berichtet ähnliches von Dortmund: die ersten Fälle vereinzelt bis Ostern 1919. Häufung vom Dezember 1919 an. Für die Philippinen hat *Smith* dargelegt, daß den sporadischen Fällen 1918/19 die Epidemie erst viel später folgte. Auch die französischen Erfahrungen ergaben das gleiche Bild: mehrmaliges Auftreten kleiner Teilepidemien, die wieder aufhörten. Dann erst die große Epidemie 1918. *Barré* und *Reys* haben im Elsaß die ersten sporadischen Fälle Februar 1919 beobachtet, die erste Epidemie trat Januar bis April 1920 auf, im Dezember 1920 flackerte die Seuche wieder auf, und vom Januar bis Mai 1921 folgte eine zweite Epidemie.

Fast alle Autoren betonen den jähen Abfall der Epidemien. Hier scheint ein Gegensatz zur Grippe zu bestehen, deren Teil - und Gesamtepidemien in der Regel einen wellenförmigen Verlauf nehmen (Kurve 1). Den steilen Abfall zeigen auch die später angeführten Kurven. In

England war anscheinend der Abfall allmählicher (Kurve 5), aber niemals wellenförmig.

Kurve I.[1])

Die Zahl der im Regierungsbezirk Breslau 1921 gemeldeten Grippe- und Encephalitisfälle.



Zu b). Auch die Teilepidemien haben einen räumlich springenden Charakter. In den großen Städten tritt die Seuche fast stets in räumlich weitgetrennten Stadtteilen auf. Für Rom und Hamburg haben dies *Pecori* & *Trömner* noch ausdrücklich berichtet. Ein Zusammenhang zwischen den Einzelfällen ist in der Regel nicht festzustellen.

Zu c). Daß die Haupterkrankungsmonate von Januar bis Mai liegen, hat sich fast allerorts bestätigt. Ich stelle die wichtigsten Angaben noch einmal ausführlich zusammen und verweise gleichzeitig auf Kurve I.

---

[1]) Die Kurven sind nach den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes zusammengestellt für Bezirke und Jahre, in denen Meldepflicht bestand.

Tabelle IV.

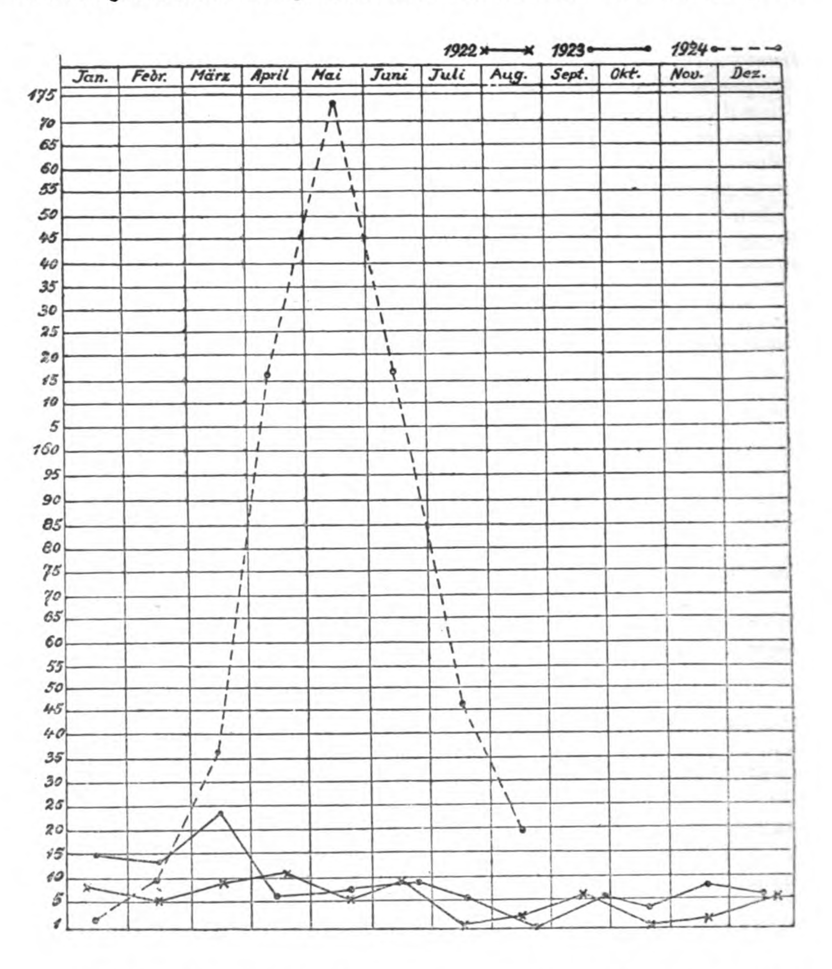
Zusammenstellung der Angaben über die Epidemiemonate.

Beobachter	Ort	Jahr	Monate
Hunt	Amerika	1923	Januar bis März
Stallybrass	Glasgow, Liverpool	1923	Januar
Crispell	New York	1923	Januar bis März
Aronowicz	Petersburg	1922—1923	Dezember bis Januar
Netter	Paris	1923	Herbst
Higier	Warschau	1920	Februar bis Mai
Trömner	Hamburg	1922—1923	Oktober bis Januar
Endin	Rostow	1920	Oktober bis Dezember
Pecori	Rom	1919—1920	November bis August, Hauptteil Dezember bis Februar.
Kayser-Petersen	Stuttgart	1918—1919	Dezember bis Anfang Sommer
	München	1919	Januar bis Anfang Sommer
Herzog	Leipzig	1920	Januar bis März
		1920—1921	Dezember bis März
Bingel	Braunschweig	1920	Januar bis März
Smith	Philippinen	1922—1923	November bis Frühjahr
Cawadias	Griechenland	1920	Januar bis April, Höhepunkt März
Cruchet	Bordeaux	1920	Januar bis April
Roger	Paris	1919—1920	November bis April, Höhepunkt März
		1918	Februar bis März
Almasio	Turin	1920	Januar
Peju et *Abel*	Vogesen	1920	Januar bis April
Barré et *Reys*	Elsaß	1920	Januar bis April, rascher Abfall Mai
		1921	Januar bis Mai
Bandetti di *Poggio*	Genua	1919—1920	Dezember bis Mai
Nikula	Finnland	1920—1921	Oktober bis Februar

Ferner verweise ich dazu auf die Angaben *Sterns*. Interessant ist, daß in England, wo schon 1918 die Epidemie bis in den Sommer hinein dauerte, das gleiche Verhalten auch für das Jahr 1924 gilt. Ob das mit den klimatischen Bedingungen Englands zusammenhängt, vermag ich nicht zu sagen. Es erscheint aber wohl möglich. (Kurven II, III.) Auch hier aber liegt wenigstens der Gipfel im Mai und erfolgt der Abfall im August.

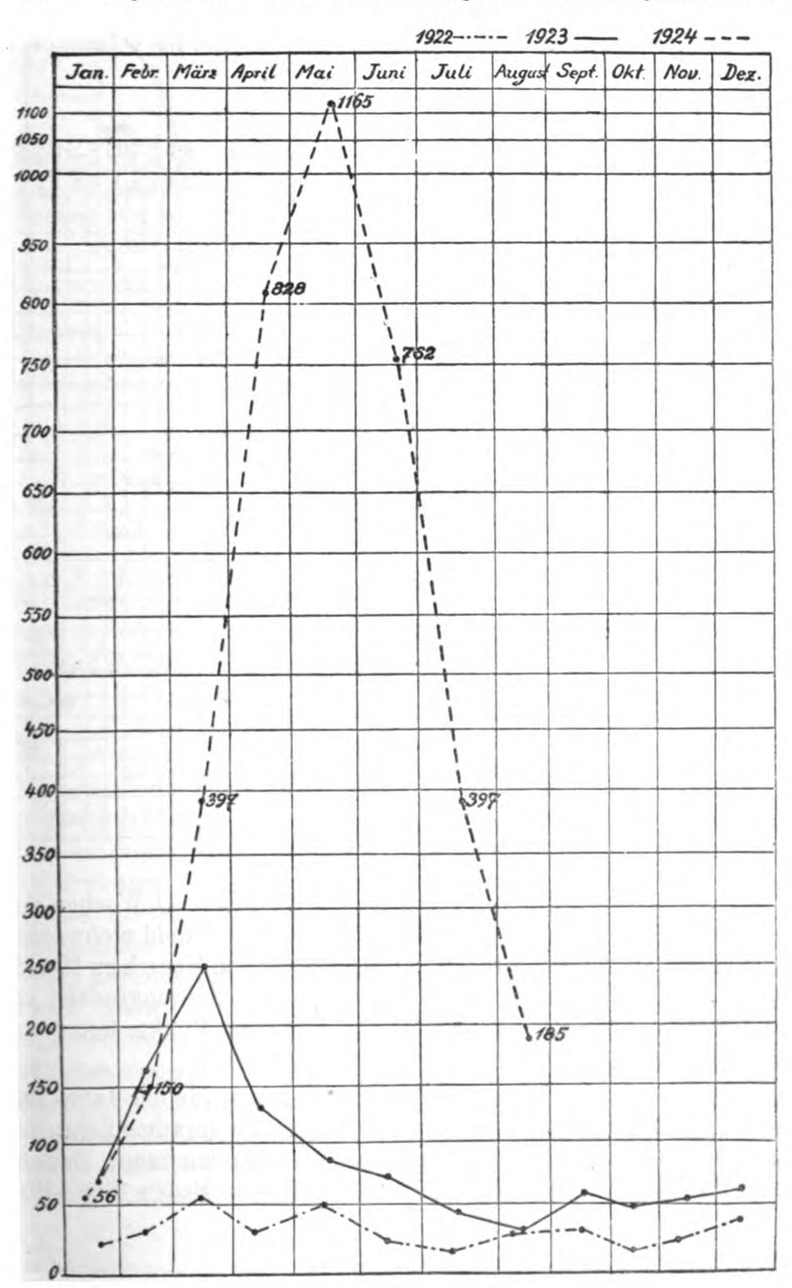
Kurve II.

Zahl der gemeldeten Encephalitisfälle in London 1922—1924 (bis August).



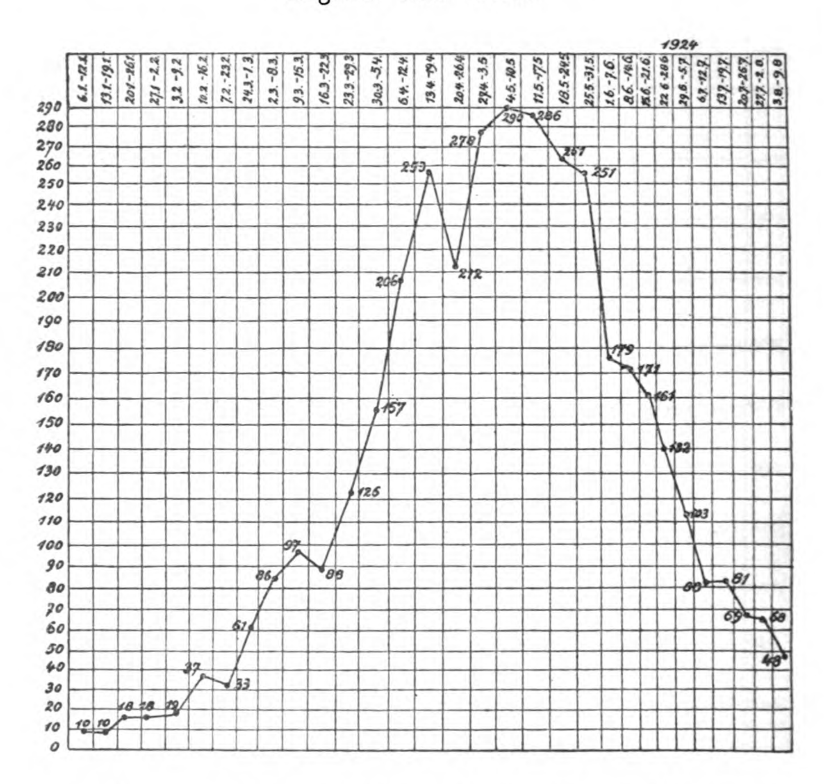
Der Anstieg der Erkrankungsziffer erfolgt langsam, allmählich, nicht explosiv. Das etappenweise Ansteigen lehren schon die beiden letzten Kurven. Wie langsam es vor sich geht, das wird deutlich, wenn man den Anstieg an kleinen (wöchentlichen) Zeiträumen kurvenmäßig aufzeichnet Kurve IV(.)

Kurve III.
Die in England und Wales 1922—1924 gemeldeten Encephalitisfälle.



Kurve IV.

Die wöchentlichen Neuerkrankungen an Encephalitis epidemica in England und Wales.



Der Anstieg erfolgt in 15 Wochen, der Abstieg in 11 Wochen ohne wesentliche Schwankungen. Derartige Kurven sind wohl nicht anders aufzufassen als der Ausdruck einer Übertragung von Mensch zu Mensch, nicht durch allgemein zugängliche Medien wie Nahrungsmittel und und Wasser. Auf weitere Erfahrungen zu diesem Punkte komme ich noch zu sprechen.

Die Kurven für England und London zeigen für die Jahre 1922 und 1923 im Einklang mit der von vornherein wahrscheinlichen Annahme, daß nunmehr die Seuche sporadisch auftreten kann. Dasselbe lehrt die Häufigkeitskurve der Encephalitisfälle in Baden 1922—1924.

Kurve V.

	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Konstanz			○○ ●●	× ○○ ●	○○	●		○	●	○ ●		
Freiburg	×	○○ ●●	○ ●	× ●●	××	××		×				○
Karlsruhe	●	×	○ ●			○						○
Mannheim		× ○○ ●	×××× ○○○ ●		× ●●		○			●		

1922 ● 1923 ○ 1924 ×

Die Zusammenstellung zeigt das sporadische Auftreten sehr deutlich. Dabei tritt auch für die sporadischen Fälle die Häufung in den Monaten Februar bis Mai deutlich zu Tage. Im gesamten dargestellten Zeitraum entfallen

auf Monat	Fälle
Februar—Mai	39
Juni—Januar	15

also mehr als das doppelte auf einen halb so langen Zeitraum.

Diese in Form einer Streuungstabelle aufgestellte Kurve zeigt nun noch eine besondere Erscheinung. Der Regierungsbezirk Karlsruhe ist viel weniger betroffen als die übrigen Kreise. Es fragt sich, ob es sich hier um eine Zufälligkeit handelt oder ob auch sonst regionäre Verschiedenheiten im Auftreten der Seuche festgestellt werden können.

Im allgemeinen scheint die Durchseuchung ziemlich gleichmäßig zu sein. *Stern* hat das schon betont. Es läßt sich allerdings für den Vergleich kleinerer Bezirke noch kein ausreichendes Bild gewinnen, weil keine sicheren Meldungen vorliegen. Rechnet man aber einmal die Zahl der gemeldeten Fälle auf die Zahl der Einwohner um, so ergibt sich, daß die Zahl der sporadisch auftretenden Fälle in verschiedensten Ländern auffallend gleich verteilt ist. Es gibt dies zugleich einen Anhaltspunkt für die Richtigkeit der statistischen Unterlagen.

Die Kurve VI stellt die Ergebnisse der Umrechnung für die Jahre 1922—1924 und für die Länder Baden, Schweiz, England und Wales sowie die für Stadt London anschaulich dar.

Kurve VI.*)

Vergleich der Encephalitishäufigkeit 1922—1924 in Baden, London, England und Wales, Schweiz auf gleiche Einwohnerzahl berechnet.



Wenn darnach auch angenommen werden kann, daß die Encephalitis epidemica sich ungefähr gleichmäßig ausgebreitet hat, so zeigt sich doch deutlich, daß einzelne Bezirke stärker betroffen werden können, und daß wenigstens in einzelnen Ländern größere Teilepidemien (England 1924) beobachtet worden sind, daß also für den Verlauf der Seuche nach der Pandemie des Jahres 1920 regionäre Verschiedenheiten aufgedeckt werden können.

Die Kenntnis solcher regionären Unterschiede könnte für die Bekämpfung der Seuche wichtig werden, insofern, als man ihr in den epidemiegefährdeten Gegenden erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden müßte. Daß die Gefahr größerer oder kleinerer Teilepidemien noch besteht, zeigt der Verlauf in England 1922—1924.

Ebenso wichtig ist das Ergebnis der Kurve VI, daß die Großstadt London nicht stärker betroffen war als das übrige England. Überhaupt tritt eine augenfällige Häufung der Encephalitisfälle an Orten größerer Menschenansammlungen nicht hervor. Nur *Pecori* fand ein Bevorzugen der dichter bevölkerten Stadtteile in Rom. Sonst sind auch in der Literatur keine Angaben enthalten, daß die Häufigkeit der Encephalitis epidemica proportional der Wohndichtigkeit gewesen

*) Da die Arbeit Oktober/November 1924 fertiggestellt wurde, konnte das Material und die Literatur nur bis August 1924 verwertet werden.

wäre. Auch zu den wirtschaftlichen Verhältnissen der Befallenen bestehen keine Beziehungen. Es werden alle Bevölkerungsklassen etwa gleichmäßig befallen. Nur *Trömner* und *Pecori* fanden in Hamburg und in Rom stärkeres Auftreten der Encephalitis epidemica in den unteren Volksschichten.

Es bedarf nunmehr nur noch ein Punkt aus der Epidemiologie der Encephalitis lethargica der Besprechung: ihre Beziehungen zum Verkehr. Es ist schon immerhin eine auffällige Tatsache, daß die schwere Pandemie der Encephalitis sich an die starken Menschenverschiebungen anzuschließen scheint, die der Beendigung des Krieges folgten. Erst mit der Rückkehr der Millionen von Kriegsteilnehmern in ihre Heimat ist anscheinend die Bedingung für das Auftreten der Seuche in fast allen Ländern der Erde gegeben, eine Bedingung, die *Stern* übersehen zu haben scheint. Bis zu Ende des Jahres 1918 beobachten wir interessanterweise eigentlich fast ausschließlich Epidemien in den Ententeländern, die von Frankreich über England nach Amerika und nach Portugal und Algier fortschreitend anscheinend sämtlich vom französischen Zentralherd verseucht werden. Diesem französischen Herd gegenüber steht der rumänisch-österreichische, der bis Ende 1918 keine größere Ausdehnung gewinnt, nur sporadische Ausläufer nach Deutschland schickt. Man hat den bestimmten Eindruck, daß hier die in den militärischen Fronten gegebenen Linien gleichzeitig die Ausbreitung der Encephalitis epidemica bis Ende 1918 bedingen.

Wenn auch von einem eigentlichen Wandern nicht gesprochen werden kann, (im zentraleuropäischen Seuchenherd Ausbrüche in Rumänien, Wien, Kopenhagen, Leipzig in langen Intervallen!) so scheinen doch die allgemeinen Verkehrsverhältnisse der Kriegsjahre die Ausbreitung 1915—1918 mitbestimmt zu haben. (Bei der Grippe lagen die Verhältnisse anders. Hier kann mit weit größerer Berechtigung von einem Wandern, von einem Epidemiezuge sprechen. Sie kam von Afrika über Spanien und Frankreich nach Deutschland, gleichzeitig von Westeuropa sich fächerförmig ausbreitend.)

Daß die Ausbreitung der Encephalitis epidemica auch vom Verkehr übernommen wurde, dafür sprechen noch Einzelbeobachtungen. So ist es gewiß bedeutsam, daß der erste Fall in Amerika gerade in New York beobachtet wurde (*Smith*). Und aus *Rosario* hat *Fracassi* mitgeteilt, daß der erste Fall mit einem Dampfer eingeschleppt wurde. Wesentlich ist es aber, daß diese Verbindungswege durch den Verkehr immer wieder abgerissen erscheinen, sich Ausbrüche feststellen lassen, wo der Nachweis einer Übertragung

auf den Verkehrswegen nicht erbracht werden kann, daß Kranke als Ausgangspunkte meist nicht gefunden werden können. Für die Beurteilung dieses Punktes ist auch von Bedeutung, daß stellenweise (*Pecori*) von einem Verschontbleiben des Militärs berichtet wird. Die Verkehrsbeziehungen des Militärs zur Zivilbevölkerung pflegen ja nicht intensiv zu sein.

Es ist das Problem der Kontagiosität der Encephalitis epidemica, das mit diesen Feststellungen aufgerollt wird. Schon die bisher dargelegten epidemiologischen Verhältnisse drängen die Auffassung in bestimmte Richtung. [1])

Die Epidemien zeigen nicht explosiven Charakter, sondern verlaufen in allmählichem Anstieg (Kurve IV, *Barré et Reys*), mitunter weist das Auftreten des ersten Falles auf eine Einschleppung in bisher freies Gebiet durch den Verkehr. Das legt die Annahme einer Übertragung von Mensch zu Mensch nahe. Dabei läßt sich (New York!) nicht immer als Ausgangspunkt ein kranker Mensch nachweisen, auch haben die Epidemien räumlich springenden Charakter. Das erweckt die Vermutung, daß Keimträger an der Ausbreitung der Krankheit wesentlich beteiligt sind. Diesen Fragen muß ihrer hohen praktischen Bedeutung halber noch ausführlich nachgegangen werden.

a) Die Übertragungsweise der Encephalitis epidemica. In den gesamten, in der Literatur niedergelegten Erfahrungen finden sich keine Beobachtungen, daß die Übertragung der Encephalitis epidemica durch Vermittlung tierischer Organismen erfolgte. Besonders kommen tierische Parasiten des Menschen nicht in Betracht. *Kling* hat in seiner Verfolgung der Epidemie in dem schwedischen Kirchspiel Vilhelmina ausdrücklich auf diese Frage geachtet und betont, daß weder Läuse, Flöhe usw. noch Insekten, noch Haustiere (Hund) als Zwischenträger in Betracht kommen. Ebensowenig spielen Nahrungsmittel oder das Wasser eine Rolle. Die gesamten epidemiologischen Erfahrungen sprechen dagegen. So bleibt nur die Übertragung von Mensch zu Mensch durch direkten Kontakt oder menschliche Ausscheidungen, vielleicht auch durch gewisse Gebrauchsgegenstände (Wäsche, Kleider).

Daß diese Annahme zutrifft, dafür sprechen die allerdings nicht sehr zahlreichen Beobachtungen, in denen Ansteckung beobachtet wurde. Sie sind in der Tabelle V zusammengestellt.

---

[1]) Auf die Virusforschung gehe ich nicht ein, sondern verweise auf die Darstellung von Stern. Trotz zahlreicher neuerer Arbeiten ist der Stand der Frage nicht wesentlich gegen damals verändert.

Tabelle V.

Übersicht über die Beobachtungen direkter Kontaktinfektionen.

Beobachter	Ort	Herd	Zahl der Fälle	Übertragungsweise bzw. Begründung
Kristenson .	Schweden ..	Militär	16	wahrscheinlich Übertragung von Mann zu Mann
Roger et *Blanchard*	Frankreich..	Pension von 21 Mitglieder	12	Erkrankung innerhalb einer Woche
		Militär	2	Soldaten desselben Zugs, die miteinander wohnten und schliefen
Neal	New York..	Familie	2	Erkrankung zweier Kinder in derselben Familie
Boeckel et *Bessemans*	Ruddervorde	Zivilbew., 26 Pers. in einer Familie	17	Erkrankungsdatum fast gleichzeitig
	Harlebeke ..	Familie	5	Erkrankung nacheinander März, April 1919
	Hon-Have ..	Familie	3	—
	Wervice ...	isoliertes Haus (4 Bewohner)	4	gleichzeitige Erkrankung
	Cool Kerke	Haushaltvon 8 Personen	4	—
Fyfe	England ...	Schule	4	nacheinander folgende Erkrankungen (1 Ausgangsfall, 3 Fälle in ca. 3 Wochen fast gleichzeitig)

Leider sind mir nicht alle in der Literatur zitierten Übertragungsfälle zur Einsicht zugänglich gewesen. Aber auch schon aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß die Encephalitis epidemica durch Kontakt mit dem Kranken übertragen werden kann.

Nicht ganz so fest steht, ob auch Gebrauchsgegenstände die Krankheit übertragen können. *Netter* hält es für wahrscheinlich, *Kristenson* konnte in zwei Fällen die Übertragung durch schmutzige Wäsche wenigstens nicht ausschließen. Man wird jedenfalls mit dieser Ansteckungsquelle rechnen müssen. Wie häufig sie vorkommt, steht dahin. Nachdem aber *Kling*, u. a. das Virus auch in den Faeces nachweisen konnten, gewinnen die unvollkommenen Beobachtungen über

Verschleppung der Krankheit durch Gebrauchsgegenstände an Wahrscheinlichkeit.

In der Literatur nimmt die Diskussion über die Encephalitis der Graviden und die Frage der Übertragung auf das Kind oder den Foetus einen breiten Raum ein. Faßt man die Beobachtungen *Netter*, *Jorge*, *Santi*, *Marinesco*, *Hoobler*, *Comby*, *Halle*, *Harris*, *Levaditi*, *Achard*, *Marie*, *Andrieux et Bonnaud*, *Gross und Goldberger*, *Bertolini*) kurz zusammen, so wird man sagen dürfen: es kommt sicher eine placentale, intrauterine Infektion vor. Das ist bewiesen durch die histologische Untersuchung der Gehirne solcher Foeten (*Marinesco* u. a.) und durch die interessanten Fälle, in denen Kinder bereits mit den Symptomen der Encephalitis lethargica geboren werden. (*Hoobler* u. a.). Die placentale Infektion kann aber auch ausbleiben. In einem hohen Prozentsatz (ca. 50 % nach manchen Angaben) kommen die Kinder gesund zur Welt und bleiben dauernd gesund. Sie können aber auch nachträglich, vor allem wohl beim Stillgeschäft, noch infiziert werden.

Die Beobachtungen über die intrauterine Infektion sind von hohem Interesse, weil sie zeigen, daß das Virus im Blute kreist. Sie stützen daher die Angabe, daß es auch mit den Faeces (z. B. in diarrhöischen Stühlen, *Kling*) ausgeschieden werden kann. Levaditi hat behauptet, daß es auch mit der Milch ausgeschieden werde. Er schließt das aus den angeblichen Stillinfektionen und aus dem Ausfall eines Tierexperimentes (Kaninchen) sowie aus dem Nachweis des Virus in der Mamma. Wenn nun auch das Virus in der Milch haltbar ist (*Levaditi*), so lassen sich doch die sog. „Stillinfektionen" ungezwungen auch als Infektionen mit Speichel oder Nasenrachensekret deuten (*Achard* u. A.). Und diese Infektionsart ist wohl die häufigere.

In der Tat kommt als Infektionsmaterial wohl das Pharynxsekret in erster Linie in Betracht. Mit Nasenrachenwaschwasser wurden tierexperimentelle Infektionen sehr häufig erzielt. (*Strauss*, *Loewe*, *Dorn*, *Kling*, *Levaditi* und Mitarbeiter). Auch im Speichel findet es sich häufig (*Levaditi*). Ob es aber, wie behauptet worden ist, aus den gelegentlich auch geschwollenen Speicheldrüsen ausgeschieden wird, ist unbewiesen und zweifelhaft. Bei der engen Verbindung zwischen Mund- und Rachenhöhle ist die Infektiosität des Speichels auch ohne Annahme einer Ausscheidung aus den Drüsen sehr naheliegend. Unter diesen Umständen wird als Infektionsmodus in der Regel die Tröpfcheninfektion, daneben bei Kindern auch die Schmierinfektion (Inokulation durch unsauberes Hantieren Erwachsener) anzusehen sein und

dementsprechend auch der Nasenrachenraum die Haupteingangspforte darstellen, wenn auch sichere Beweise dafür nicht vorliegen. *Levaditi* glaubt aus Kaninchenversuchen, bei denen eine genitale Encephalitisinfektion von einem Herpes praeputii zustande kam, auch auf eine Encephalitisinfektionsmöglichkeit durch Sexualverkehr beim Menschen schließen zu können. Kaum mit Recht.

b) Die Bedeutung der Keimträger, Dauerausscheider, larvierten und abortiven Formen für die Übertragung der Encephalitis epidemica. Den springenden Charakter des Epidemieverlaufs, die häufige Unmöglichkeit, den Ausgangspunkt eines neuen Erkrankungsherdes festzustellen, teilt die Encephalitis epidemica mit zahlreichen anderen Infektionskrankheiten. Am augenfälligsten lehrt dies der Vergleich der epidemiologischen Daten bei *Meningitis* epidemica und Poliomyelitis anterior acuta, auf die als epidemiologisch ähnlich zuerst *Netter* aufmerksam gemacht hat (s. u.). Bei der Meningitis epidemica wissen wir nun sicher, daß der springende Epidemieverlauf auf die hohe Zahl der Keimträger zurückzuführen ist. Aus Analogie wird es daher auch bei der Encephalitis epidemica von vornherein wahrscheinlich.

Es existieren auch einzelne direkte Beobachtungen, aus denen die Bedeutung der Keimträger hervorgeht. In einem Falle *Kristensons* war wahrscheinlich ein Keimträger die Ansteckungsquelle; *Levaditi* konnte im Tierexperiment beim Kaninchen Encephalitis mit dem Nasenrachensekret eines gesundgebliebenen, aber häufig mit Encephalitiskranken in Berührung gekommenen Individuums erzeugen. Am anschaulichsten aber ist die Beobachtung von *Boeckel und Bessemans*, daß ein einen Encephalitisfall im Dorf behandelnder Irrenarzt die Encephalitis auf einige seiner Kranken überträgt, obwohl er selbst dauernd gesund bleibt.

Man wird deshalb angesichts der epidemiologischen Eigentümlichkeiten den Keimträgern eine große Bedeutung auch für die Encephalitis epidemica zumessen dürfen. Bei der offenkundigen Seltenheit direkter Kontaktinfektionen am kranken Menschen (keine Krankenhausepidemien z. B.) sind sie sogar als Hauptverbreiter der Krankheit anzusehen. Wie lange sie freilich das Virus beherbergen können, ist noch unerforscht. Die Beobachtungen, daß in einer Familie, wo Encephalitis vorkam, nach 1½ Jahren z. B. (*Netter*) Neuerkrankungen vorkam, sind zu vieldeutig, um etwas zu beweisen.*)

Sehr selten scheinen Dauerausscheider zu sein. Die Spät-

*) Wie will man da in Epidemiezeiten Neuinfektionen ausschließen?

folgen der Encephalitis epidemica sind in der Regel nicht infektiös. Es existieren allerdings wenige Beobachtungen, in denen auch noch von chronischen Fällen Neuansteckungen ausgingen. Eine derselben sei angeführt: Erkrankung eines älteren Mannes Dez. 1920. Seine Tochter hatte 1918 Encephalitis lethargica, die seit einiger Zeit mit choreif. Zuckungen recidivierte (*Lemierre*).

Berücksichtigt man aber, daß wie *Roger et Economo* dargetan haben, in den Wintermonaten auch bei chronischen Fällen Nachschübe und Recidive vermehrt auftreten, andererseits nach den Ergebnissen des Tierversuchs (*Kling*, *Levaditi*) auch chronische Fälle sicher noch das Encephalitisvirus beherbergen, so können doch vielleicht auch die chronischen Fälle, vielleicht als intermittierende Virusausscheider epidemiologisch gelegentlich von Bedeutung sein. Die Beobachtung von *Netter*, daß jemand in einer Familie März 1918 an Encephalitis erkrankt, September 1920 ein Recidiv erleidet und Dezember 1920 der Vater erkrankt, ist vieldeutig. Die Inkubationszeit (vgl. unten) ist sehr lang. Anderweite Infektion (Epidemiezeit!) nicht auszuschließen.

Sehr viel unsicherer ist die Beurteilung der Frage nach den abortiven Krankheitsfällen und den lavierten und latenten Infektionen. Daß abortive Encephalitisfälle vorkommen, ist ganz sicher. *Ed. Müller* und *Wallgren* haben das besonders betont. *E. Müller* hebt vor allem die sog. rheumatische Facialislähmung als mögliche abortive Erscheinungsform der Encephalitis hervor. Ich selbst konnte einen ähnlichen Fall beobachten, wo nach kurzdauernder leichter Schläfrigkeitsphase als einzigstes Symptom eine einseitige nucleare Facialisparese mit Zuckungen und Atrophie bestand. *Wallgren* weist auf die ambulanten Fälle hin, in denen sich „Haarweh", Kopfweh, Allgemeinsymptome mit vorübergehenden Erscheinungen am Augenmuskelapparat verbinden. Solche Fälle spielen natürlich epidemiologisch eine Rolle. Man wird ihre Zugehörigkeit zur Encephalitis epidemica, auch wenn sie als sporadische Fälle auftreten, immer noch erkennen können, solange sie noch die Kombination von allgemeincerebralen Symptomen mit Hirnstammläsionen zeigen. Bei isolierten Facialislähmungen aber dürfte die encephalitische Natur nicht leicht im Einzelfall zu erweisen sein (Lumbalpunktion?).

Dasselbe gilt auch von den sog. „grippeähnlichen" Erkrankungen mit stärkerer oder geringerer Betonung der nervösen Allgemeinerscheinungen, die so häufig in der Umgebung Encephalitiskranker gefunden worden sind. Da die Grippe so häufig, annähernd gleichzeitig mit der

Encephalitis epidemisch auftritt, bleibt die Bedeutung dieser grippeähnlichen Erkrankungen für die Epidemiologie der Encephalitis epidemica und die Frage ihrer Zusammengehörigkeit mit der Encephalitis epidemica solange ungeklärt, als wir nicht entweder den Erreger der Encephalitis epidemica sicher kennen oder sichere spezifische Symptome der Encephalitis epidemica gefunden worden sind.

Nicht ganz geklärt ist auch die Stellung des epidemischen Singultus zur Encephalitis epidemica. Singultusanfälle als akute und chronische Encephalitisfolge kommen vor (*Kling*, *Clerc*, *Mercier*, *des Rochettes* u. a.). Deshalb ist natürlich naheliegend, auch ihr Auftreten als Abortivformen der Encephalitis epidemica vorauszusetzen, umsomehr als gelegentlich beobachtet wurde, daß Singultusepidemieen gehäuftem Auftreten der Encephalitis epidemica vorausgehen können (Petersburg: *Aronowicz*, Paris: *Logre*). Die Beobachtungen, daß Singultusanfälle im Einzelfall in vollausgebildete Encephalitis übergehen können (*Rivat* & *Lipschütz*, *Sicard*, *Loeper* u. a.), beweisen nicht viel für die Frage, ob der epidemische Singultus eine abortive Encephalitis darstellt. Denn wenn Singultusanfälle auch sonst zum Symptomenbilde der Encephalitis gehören, können sie wohl einmal als deren erstes Symptom auftreten und man kann daraus nicht schließen, daß auch der epidemische Singultus, bei dem doch sonst alle Encephalitissymptome fehlen, der Encephalitis zugehöre. Dagegen sind die Erfahrungen, daß von Singultusfällen offenbar Ansteckungen mit Encephalitis ausgingen, schon beweisender. Z. B. wenn nach der Rückkehr eines Singultuskranken in die Familie mit fünftägigem Intervall sein Bruder an Encephalitis epidemica erkrankt (*Lemoine*), oder sich die Encephalitis der Tochter an ein Singultusrecidiv des Vaters anschließt. (*Le Blaye*, ähnlich auch *Netter*). Andererseits aber konnte auch öfter ein Zusammenhang zwischen Singultus epidemicus und Encephalitis nicht beobachtet und auch keine künstliche Übertragung des sog. epidemischen Singultus erzielt werden (*Pontano* & *Trenti*). Darüber, ob auch ticartige Erkrankungen als Abortivfälle der Encephalitis epidemica vorkommen, existieren noch keine Beobachtungen in der Literatur. Ich konnte einen Fall in Leipzig untersuchen, der es wahrscheinlich macht.

Von der Meningitis epidemica wissen wir, daß die Infektion häufig in larvierter Form als Meningokokkenpharyngitis auftritt. Dasselbe ist auch für die Encephalitis epidemica behauptet worden (*Dopter*). Auch *Schnabel* hält es für wahrscheinlich, daß das Virus häufig klinisch nicht in Erscheinung tretende Veränderungen im Nasenrachenraum er-

zeugt. *Netter* hat diese Annahme bestritten mit dem Hinweis, daß die Nasopharyngitis bei Encephalitikern und ihrer Umgebung nicht besonders häufig auftritt. Die Seltenheit pharyngealer Symptome wird von den meisten Autoren betont. Es hat demnach den Anschein, als ob das Encephalitisvirus kaum besonders häufig eine Nasopharyngitis erzeugte, und daraus würde auf keine große Bedeutung dieser Form der larvierten Infektion zu schließen sein. Doch ist die ganze Frage noch völlig ungeklärt.

c) Inkubationszeit. Genau bekannt ist die Inkubationszeit der Encephalitis epidemica noch nicht. Einzelne Autoren (*Roger* u. a.) wollen Inkubationszeiten bis zu drei Monaten beobachtet haben. Doch dürfte es schwer halten unter den geschilderten epidemiologischen Verhältnissen bei so langen Intervallen zwischen Infektionsgelegenheit und Ausbruch der Krankheit etwaige spätere Infektion auszuschließen. Auch könnte zunächst bei den betreffenden Individuen keine Disposition für die Erkrankung bestanden haben und erst später durch Hinzutreten zufälliger Faktoren erzeugt worden sein. Im allgemeinen war die Inkubationsdauer, wo sie festgestellt werden konnte, viel kürzer und schwankte zwischen 4 und 28 Tagen. In der Tabelle VI sind die hierhergehörenden Beobachtungen zusammengefaßt.

Tabelle VI.

Übersicht über die beobachteten Inkubationszeiten.

	Land	Zahl der Fälle	Erkrankungsherd	Beobachter
4—6 Tage	Frankreich	1	Familie	*Le Blage*
6—8 „				
8—10 „	England	1	Schule	*Fyfe*
	Schweden	1	Militär	*Kristenson*
	„	3	Epid. in. Vilhelmonja	*Kling*
	Deutschland	—	—	*Stiefler*
10—12 „	Frankreich	1	neugeborenes Kind	*Marie*, *Andrieux* et *Bonnaud*
12—14 „	Frankreich	2	Militär	*Roger* et *Blanchard*
14—16 „	Schweden	4	Militär	*Kristenson*
—28 „	Schweden	1	Militär	*Kristenson*
	England	3	Schule	*Fyfe*

d) Die Disposition zur Encephalitis epidemica. Daß die Encephalitis epidemica keine sehr große Kontagiosität besitzt, ist von

allen Seiten hervorgehoben worden. *Netter* beziffert sie auf 4,6%, *Stiefler* fand etwa 12%. Doch muß betont werden, daß derartige Zahlen sehr stark von Zufälligkeiten abhängen. Freilich bedarf die Tatsache, daß von den einer Infektionskrankheit ausgesetzten Personen (Familien, Pensionen, Internate, Krankenhäuser) immer nur ein kleiner Bruchteil erkrankt, natürlich einer Erklärung. Mit der geringen Kontagiosität hängt die Erscheinung zusammen, daß die größeren Städte oder deren dichtbevölkerten Stadtteile keine höhere Morbidität zeigen. Man wird zur Erklärung heranziehen können: etwaige kurze Dauer der Ansteckungsfähigkeit in den akuten Phasen analog der Poliomyelitis anterior, geringe Ausscheidungsmöglichkeit des Virus, geringe Haltbarkeit des Virus im und außerhalb des Organismus, Disposition zur Erkrankung.

In keinem dieser möglichen Punkte läßt sich zur Zeit ausreichende Klarheit gewinnen. Über die Dauer der Ansteckungsfähigkeit in den akuten Phasen liegt nur eine Beobachtung von *Kling* & *Liljenquist* vor, welche noch am 19. Tage einer Encephalitiserkrankung im Nasenrachensekret Virus durch das Tierexperiment nachweisen konnten. Die oben zitierte Beobachtung einer Ansteckung durch einen chronischen Fall lehrt aber vielleicht, daß das Virus sich weit längere Zeit am genannten Orte halten kann, wenn man auch die Möglichkeit in Rechnung stellen muß, daß das Virus zeitweilig aus dem Nasenrachenraum verschwinden und später wieder, vielleicht bei Exacerbationen, wie sie so häufig auftreten, vielleicht mit den Speicheldrüsen (s. o.) in die Mundhöhle ausgeschieden werden kann. Etwas klarer kann man die Ausscheidungsmöglichkeit des Virus aus dem Nasenrachenraum beurteilen. Bedenkt man, daß doch die Encephalitis sehr selten in akuten wie chronischen Stadien mit katarrhalischen Erscheinungen einhergeht, so muß schon der Kontakt zwischen Kranken und Gesunden ziemlich eng sein, um eine Infektion zu ermöglichen. Damit steht gut im Einklang, daß die Beobachtungen über Kontaktinfektionen fast immer bei nahezusammenlebenden Gruppen (Familien, Soldaten desselben Zuges, Schulen) gemacht wurden.

Die Haltbarkeit des Virus im und außerhalb des Organismus ist noch wenig untersucht. *Levaditi* konnte zeigen, daß das Virus bis zu 100 Tagen in steriler Milch gehalten werden kann, in Wasser bis zu 15 Tagen, beides bei Zimmertemperatur. *Harvier und Levaditi* wiesen nach, daß die Nervenzentren eines Parkinsonismusfalles von 6 monatiger Dauer noch für Kaninchen infektiös waren, allerdings von geringer Virulenz, da die Kaninchen erst nach 3 Wochen starben. Auch mit Liquor

konnten noch nach längerer Zeit (1—1½ Jahre) experimentell Infektionen bei Kaninchen erzielt werden (*Kling*). *Schnabel* dagegen konnte an 3 Fällen keine Kaninchenencephalitis mit Liquor chronisch Kranker erzeugen. Es ist aber durchaus mit der Möglichkeit zu rechnen, daß auch chronisch Kranke noch infektiös sein können.

Alle bisher besprochenen Möglichkeiten reichen aber kaum aus, um die verhältnismäßig geringe Morbidität der der Ansteckung sicher ausgesetzten Individuen zu erklären. Nun sieht man zwar über den wichtigen Punkt der Häufigkeit der Keimträger in der Umgebung der Kranken nicht klar, weiß also nicht, in welchem Prozentsatz tatsächlich eine Übertragung des Virus ohne Erkrankung erfolgt. Daher kann man auch nicht das Verhältnis zwischen Morbidität und Infektion, das doch allein für die Beurteilung der Disposition ausschlaggebend sein kann, exakt berechnen. Immerhin aber lehrt doch die Epidemiologie, daß Keimträger eine verhältnismäßige Rolle spielen müssen, daß also häufig das Virus ohne nachfolgende Erkrankung aufgenommen wird. Als disponierende Faktoren sind anzusehen die Erkältungsschäden, deren Wirkung im Sinne konditioneller Momente aus dem Verlauf der Jahreskurven mit ihrer Bevorzugung der kalten und wetterunbeständigen Monate offenkundig hervorgeht. Die Encephalitis epidemica verhält sich hier der Meningitis epidemica ganz analog. Im Anschluß daran wird man die zu Erkältungskrankheiten neigenden Konstitutionen vielleicht als besonders gefährdet ansehen dürfen. Dementsprechend hat *Villinger* nachzuweisen versucht, daß Individuen mit Status lymphaticus eine besondere Disposition zur Encephalitis aufweisen. Doch haben andere Untersucher die Befunde Villingers an ihrem Material nicht bestätigen können (*Becker*). Häufiger hat man die konstitutionellen Faktoren in einer lokalisierten degenerativen nervösen Komponente gesucht. So hat *Becker* in seinem Material gefunden, daß von 39 Encephalitisfällen 17 nervöse Belastung und 22 nervöse Symptome anamnestisch aufwiesen. *Pienkowski* fand in der Anamnese seiner Kranken 18% hereditär nervöse Belastung, in 17% psychische und nervöse Erkrankungen, *Dazzi* in allen von 10 Fällen neuropathische Veranlagung, *Sacchetto* in seinem Kinderencephalitismaterial Trunksucht, Nervosität, Tuberkulose der Familien.

Zur Begründung einer besonderen konstitutionell nervösen Disposition für die Encephalitis epidemica reichen aber diese Beobachtungen kaum aus und es ist daher *Stern* recht zu geben, daß zwar die Epidemiologie der Encephalitis epidemica die Annahme einer Disposition

für die Erkrankung nahelegen, daß aber die besondere Art der Disposition uns noch unbekannt sei.

Auf die epidemiologischen Ähnlichkeiten zwischen Poliomyelitis anterior und Encephalitis ist von verschiedenen Seiten hingewiesen worden (*Netter* u. a.). Diese Ähnlichkeiten gewinnen ein besonderes Interesse dadurch, daß auch das mutmaßliche Encephalitisvirus mit dem Poliomyelitisvirus bakteriologisch und biologisch nahe verwandt ist (Glycerinkonservierung, Züchtbarkeit, ektodermotrope Virusarten). *Levaditi* hat diese Beziehungen eingehend beleuchtet. An dieser Stelle sei daher noch einmal tabellarisch zusammengestellt, welche Ähnlichkeiten zwischen den genannten Krankheiten bestehen, und ihnen gleichzeitig die Verhältnisse bei der Meningitis epidemica angefügt.

Encephalitis epidemica	Poliomyelitis anterior	Meningitis epidemica
1. Epidemiebeginn schleichend, erst sporadisch	desgl.	desgl.
2. Zeitweiliges Erlöschen	desgl. (New York!)	desgl.
3. Sprunghaftes Ausbreiten	desgl.	desgl.
4. —	gruppenförmige Häufung	desgl.
5. Häufig nur einzelne Glieder einer Gemeinschaft befallend	—	desgl.
6. Übertragung durch Keimträger wahrscheinlich	desgl. (Verkehrsgewerbe Wickmann)	Übertragung durch Keimträger sicher
7. Übertragung von Person zu Person wahrscheinlich	desgl. (Wickmann)	Übertragung v. Person zu Person sicher
8. Seltenes Erkranken d. Ärzte	desgl.	desgl.
9. Keine Krankenhausepidemien	desgl.	—
10. abortive Fälle sicher	desgl.	—
11. Larvierte Infektionen fraglich	desgl.	larvierte Infektionen sicher (Pharyngitis)
12. Erkrankungszeit Winter bis Frühjahr	Sommer bis Herbst	Winter bis Frühjahr

Angesichts der scheinbar geringen Kontagiosität der Encephalitis epidemica könnte man der Meinung sein, prophylaktische Maßnahmen

seien ihr gegenüber nicht nötig. Die tabellarischen Vergleiche der Epidemiologie der Encephalitis epidemica mit denen der Poliomyelitis und Meningitis belehren eines besseren. Die Verhältnisse liegen bei allen 3 Krankheiten nahezu gleich und wie man mit Fug und Recht die Meningitis epidemica durch prophylaktische Maßnahmen einzudämmen sucht, so wird man auch bei der Encephalitis epidemica verfahren dürfen und angesichts ihrer häufigen schweren Folgezustände auch müssen. Für die Abmessung der einzuschlagenden Wege und für die Einschätzung der Erfolgsaussichten heben sich dabei aus der vorangegangenen Darstellung folgende Punkte heraus:

Wir werden mit einem sporadischen Einnisten der Krankheit im ganzen Lande zu rechnen haben. Auch hier ist der Vergleich mit der Meningitis epidemica interessant. Für Baden lag die Häufigkeit der sporadischen Encephalitisfälle 1920=1922 nur wenig unter der der sporadischen Genicksstarreerkrankungen: Außerdem aber hat sich gezeigt, daß die Epidemiegefahr in einzelnen Ländern noch nicht erloschen ist, wenn auch wahrscheinlich in Zukunft zunächst nur lokalisierte Epidemien zu erwarten sind.

Die Aufnahme des Virus geschieht wahrscheinlich häufig durch Kontakt mit dem Kranken (ev. in der Inkubationszeit!) Da aber nicht alle infizierten Individuen erkranken, so spielen Keimträger eine wichtige Rolle in der Ausbreitung der Krankheit.

Mit den einzuschlagenden prophylaktischen Bestrebungen haben sich nur wenige Autoren befaßt. *Roger et Blanchard* haben Isolierung der Kranken wenigstens in Pensionaten und Militär empfohlen, aber deren Unmöglichkeit bei den chronischen Formen betont. *Netter* schlägt Anzeigepflicht, einschl. der Verdachtsfälle, Isolierung bis in die Rekonvaleszenz hinein und Desinfektion vor, *Kristenson* bei Truppen Isolierung und Desinfektion. Auch von den Regierungen der Länder ist bisher nur vereinzelt aktiv vorgegangen worden. Preußen hat zeitweilig die Anzeigepflicht für die Krankenhäuser angeordnet, Baden, England und die Schweiz die Meldepflicht eingeführt[1]). In England sind Ratschläge für das Publikum bei Erkrankungen im betr. Wohnhaus erlassen worden, die Schweiz hat ein kurzes Merkblatt für Ärzte herausgegeben, das die damaligen Kenntnisse kurz präzisiert und vorschlägt, bei Verdachtsfällen einen erfahrenen Konziliarius zuzuziehen.[2])

---

[1]) Die Kurve VI lehrt, daß in diesen 3 Ländern etwa entsprechende Zahlen gewonnen wurden, wodurch die Sicherheit dieser Unterlage erheblich wächst.

[2]) Inzwischen sind weitere Arbeiten, Merkblätter usw. erschienen. Sie konnten nicht berücksichtigt werden.

Hier sollen nun alle in Betracht kommenden Maßregeln kurz besprochen werden, mit Hinblick darauf, ob und in welchem Umfange ihre Einführung sich empfiehlt.

a) Vorbereitungen für Epidemiezeiten. Obwohl man heute schon ein verhältnismäßig klares Bild von den gesamten die Encephalitis betreffenden Fragen zeichnen kann, sind unsere Kenntnisse doch noch in vieler Hinsicht und gerade in den wichtigsten Punkten der Epidemiologie und Ätiologie lückenhaft. Es erscheint daher angebracht, wenn auch von der Medizinalverwaltung Maßnahmen vorbereitet werden, die in Epidemiezeiten eine gründlichere Erforschung der epidemiologischen und aetiologischen Eigenheiten der Encephalitis ermöglichen können. Hierher gehört die Erstrebung einer möglichst vollständigen Sammelstatistik über die Häufigkeit und Verteilung der Encephalitis in der vergangenen Epidemieperiode. Sie kann erreicht werden durch Bearbeitung der vorhandenen Krankenhausniederschriften seitens eines Institutes unter Unterstützung der Medizinalverwaltung, durch Einführung der Anzeigepflicht für alle in Behandlung kommenden chronischen Fälle unter Berücksichtigung des Wohnorts zur Zeit der Erkrankung und deren Zeitpunkte. Hierbei dürften sich die vorgeschlagenen Beratungsstellen mit Erfolg beteiligen können.

Die Bezirksärzte sind mit einer Anleitung zur Beobachtung der Epidemiologie der Encephalitis zu versehen und anzuhalten, über Kontaktfälle usw. periodisch zu berichten.

Für den Ausbruch größerer Epidemien haben sich bei anderen Krankheiten fliegende bakteriologische Stationen bewährt, denen bei der Encephalitis epidemica vor allem die Bearbeitung der Erreger- und Keimträgerprobleme zugewiesen werden müßte, außerdem das Studium serobiologischer Fragen der Encephalitis epidemica.

Schließlich aber wird die Medizinalverwaltung angesichts der günstigen Erfahrungen über Rekonvaleszentenserumtherapie bei akuten Encephalitisfällen (*Stern* und zahlreiche andere) ihr Augenmerk auf die Gewinnung und staatliche Kontrolle geeigneter Sera zu richten haben. Solange uns tierische Sera, Vaccinen und dergl. nicht zur Verfügung stehen, wird zunächst nur der Mensch als Serumspender in Frage kommen. Durch Aufklärung des Publikums im allgemeinen (Merkblätter) und durch Ärzte bezw. Beratungsstellen wird angestrebt werden müssen, von möglichst zahlreichen Rekonvaleszenten und monosymptomatischen Defektheilungen Blut zur Herstellung keimfreier Sera zu erhalten, um diese für Epidemiezeiten vorrätig zu

haben. Daß hierbei Zwangsmaßnahmen nicht in Frage kommen, braucht nicht erwähnt zu werden. Dagegen wird es sich empfehlen, das Serum progredienter Fälle nicht zu verwenden (*Stern* betont, daß wirklich Rekonvaleszenz vorliegen müsse): denn wenn auch bisher im Tierexperiment die Infektion mit Blut noch nicht gelang, so ist doch aus den foetalen Infektionen zu schließen, daß das Virus im Blute kreisen kann und das könnte auch bei chronischen progredienten Fällen noch möglich sein, so daß immerhin Vorsicht geboten sein dürfte.

Die Schwierigkeit der prognostischen Beurteilung des Einzelfalles schafft leider für die allgemeine Serumgewinnung zu Behandlungszwecken noch fast unüberwindliche Schwierigkeiten, so daß z. Zt. derartige Maßnahmen noch kaum in Frage kommen. Für Epidemiezeiten und Orte aber würden sie sich doch empfehlen, besonders wenn ihre Durchführung den fliegenden bakteriologischen Stationen übertragen wird. Es sind daher diese Maßnahmen auch nur unter den ev. vorzubereitenden aufgeführt worden.

b) Sofort durchzuführende Maßregeln. Hier steht die Einführung der Meldepflicht für Erkrankungs- und Verdachtsfälle an erster Stelle. Zur Begründung dieser Maßnahme braucht nicht weit ausgeholt zu werden. Sie hat sich bei allen Infektionskrankheiten als unerläßliche Voraussetzung aller weiteren Schritte bewährt. Daß auch Verdachtsfälle meldepflichtig gemacht werden, empfiehlt sich, weil die Diagnose nicht immer leicht, mitunter erst aus dem Verlauf gestellt werden kann, so daß nur bei Meldung auch der Verdachtsfälle einige Gewähr für Erfassung aller Fälle besteht, und weil andererseits die Erkrankungsfolgen so schwer sind, daß wirklich die Erfassung aller Fälle notwendig ist.

Meiner Überzeugung nach ist noch ein weiterer Schritt empfehlenswert, die Einführung der Meldepflicht für Grippetodesfälle. Wenn auch die Beziehungen zwischen Grippe und Encephalitis noch unklar sind, so können sich doch die Grippetodesfälle nicht nur als Anzeichen für eine größere Malignität der Grippe, sondern auch für eine Encephalitisepidemiegefahr verwenden lassen.

Wenn die Einführung der Meldepflicht den erwarteten Erfolg haben soll, so hat sie die Durchführung einer ausreichenden Belehrung der Ärzte zur unbedingten Voraussetzung. Die Krankheit war bis vor kurzem unbekannt, ist es auch jetzt noch vielen Ärzten geblieben; bei ihrer Vielgestaltigkeit und bei dem häufigen Mangel tiefergehender neurologischer Kenntnisse, wie sie zur Erkennung der Encephalitis epidemica notwendig sind, wird auch späterhin oft noch

mit Fehldiagnosen zu rechnen sein, wenn nicht die Ärzteschaft genau über die Erkrankung unterrichtet wird. Dazu wird zunächst die Herausgabe eines besonderen Merkblattes für Ärzte gefordert werden müssen, dem zweckmäßig noch eine besondere „Anleitung zur Erkennung der Encephalitis epidemica und ihrer Folgezustände" beigefügt wird, um dem Arzt die wichtigsten neurologischen Methoden zur Feststellung der Kriterien der Encephalitis und deren Differentialdiagnose kurz an die Hand zu geben. Doch bleibt diese Form der Belehrung und Fortbildung immerhin unlebendig und verhältnismäßig wenig eindrucksvoll. Sie kann auch die Anschauung niemals ersetzen. Daher wird dafür gesorgt werden müssen, daß in den ärztlichen Bezirksvereinen von Zeit zu Zeit die Encephalitis epidemica in Vorträgen kompetenter Ärzte behandelt wird und möglichst zahlreiche Demonstrationen encephalitischer Kranker erfolgen, ev. durch Abhaltung von Bezirksvereinssitzungen an den größeren Krankenanstalten des Bezirks. Sehr zweckmäßig erscheint auch folgende indirekte Form der Belehrung: Im Falle der Einweisung Encephalitiskranker in Krankenhäuser durch praktische Ärzte sollen diese durch die Krankenhäuser über den weiteren Verlauf unterrichtet werden, im Falle einer Fehlidagnose des betreffenden Arztes durch kurze Angabe der die Diagnose ermöglichenden Symptome. Derartige Fälle pflegen erfahrungsgemäß in recht lebendiger Erinnerung zu bleiben.

Anschließend an die Belehrung der Ärzte sei die Frage der Belehrung des Publikums erwähnt. Eine solche durch populäre Merkblätter kann die Infektionsgefahr angesichts der Bedeutung der Keimträger wahrscheinlich nicht wesentlich vermindern, ist aber wünschenswert, weil im Anschluß daran gleichzeitig die Fürsorgemaßnahmen für chronische Encephalitiker und die Hergabe von Reconvalescentenserum in Epidemiezeiten propagiert werden können. Immerhin erscheint die Durchführung dieser Maßnahme z. Zt. nicht unbedingt geboten, aber ihre Vorbereitung für Epidemien ist dann immer noch zweckmäßig.

Die Einführung eines Ermittlungsverfahrens wird kaum ausreichend begründet werden können. Die Resultate würden bei sporadischen Fällen nur geringfügig sein, die Infektionsquelle nur in den seltensten Fällen gefunden werden, überdies durch die Kenntnis des Ansteckungsortes nicht wie z. B. bei Nahrungsmittelinfektionen die Weiterverbreitung der Krankheit sicherer verhütet werden als durch die übrigen Maßnahmen. Für Epidemieorte und -zeiten aber scheint es z. Zt. zweckmäßiger, wenn die Bezirksärzte sich nicht

nur auf das Ermittlungsverfahren beschränken, sondern an der Hand der bisherigen Erfahrungen unter Berücksichtigung der Verkehrsverhältnisse usw. die Übertragungsweise an einzelnen günstigen Fällen (isolierte Häuser, deren Verkehrswege gut bekannt sind, Schulen, dünn bevölkerte Gegenden usw.) die Epidemiologie der Krankheit beobachten. Durch die Belastung mit einem Ermittlungsverfahren in zahlreichen Fällen würden sie von dieser wichtigeren Aufgabe nur abgehalten werden. Die Notwendigkeit periodischer Berichte bietet genügende Gewähr für die laufende Beachtung dieser Aufgabe seitens der Bezirksärzte.

Notwendig erscheint mir die Isolierung der Kranken im akuten Stadium, bei denen die Kontagiosität doch am höchsten ist. Die chronischen Kranken wurden noch weit seltener als Infektionsquelle festgestellt, als die akuten Kranken. Bei ihnen kann ja auch die Isolierung auf die Dauer unmöglich durchgeführt werden. Die Isolierung wäre auch in Krankenhäusern durchzuführen. Die Maßnahme kann vielleicht auf den ersten Blick als zu einschneidend angesehen werden, da der Eindruck der geringen Kontagiosität überwiegt. Aber bedenkt man die Verhältnisse bei der Meningitis epidemica, so wird man auf die Isolierung der akut Kranken kaum verzichten können. Sie stellen doch einen Hauptausgangsherd für die Weiterverbreitung des Virus dar. Von ihnen gehen doch immer neue Keimträger aus. Sie als Ansteckungsquelle auszuschalten ist daher unbedingt erforderlich, umsomehr als gegenüber der Verbreitung der Krankheit durch Keimträger alle prophylaktischen Maßnahmen versagen (Unmöglichkeit ihrer Ausschaltung aus dem Verkehr, Unmöglichkeit ihrer Desinfektion). Sieht man den Encephalitiskranken nicht nur als Infektionsquelle für Neuerkrankungen sondern auch für Keimträger an, so wird die Forderung, die akut Encephalitiskranken zu isolieren, schon eher gerechtfertigt erscheinen.

Gerade in diesem Punkte empfindet man die Lückenhaftigkeit unserer Kenntnisse von der Encephalitis epidemica als einen schweren Mangel. Wenn die Isolierung der akut Kranken gefordert wird, so muß auch die notwendige Dauer der Isolierung angegeben werden. Hierfür liegen aber brauchbare Unterlagen nicht vor (s. o.). Es kann auch z. B. bei Kindern in der Frage der Wiederbeschulung nicht die Infektiosität derselben bakteriologisch nachgeprüft werden. Man sieht sich daher genötigt, die Dauer der Isolierung in den akuten Phasen rohempirisch abzuschätzen. Am ehesten wird man Isolierung bis zu dem Zeitpunkt für notwendig halten, an dem die Rekonvaleszenz bis zur Wieder-

herstellung der Arbeits- bezw. Schulfähigkeit fortgeschritten ist bezw. der Übergang in ein Defektstadium deutlich erkennbar ist.

Hier schließen sich noch eine Reihe von Einzelfragen an. Verkehrsbeschränkungen ansteckungsverdächtiger Fälle sind natürlich undurchführbar, wie soll man sich aber gegenüber dem Schulbesuche gesunder Kinder aus akut verseuchten Familien verhalten, wie auch gegenüber der Frage der Schulschließung bei Epidemien? Im ersteren Falle wird man daran denken müssen, daß auch das Schulalter erheblich gefährdet ist und deshalb möglichst Trennung der schulpflichtigen Kinder von den Kranken der Familie verlangen müssen. Deren Fernhaltung vom Schulbesuch aber kann man leider nicht ausreichend begründen. Zur Schulschließung in Epidemiezeiten wird man wohl nur dann übergehen, wenn durch das Vorkommen mehrerer Fälle erwiesen ist, daß auch die Schule als verseucht zu gelten hat. Im übrigen wird man mit öffentlichen Warnungen vorgehen und wird in Epidemiezeiten von Besuchen in verseuchten Häusern, Teilnahme an großen Menschenansammlungen usw. abraten und angesichts der Bedeutung der Erkältungsschäden für den Ausbruch der Krankheit auf die Notwendigkeit ausreichenden Kälteschutzes hinweisen.

Nunmehr bedarf nur noch die Frage der Desinfektion der Besprechung. Soll überhaupt Desinfektion angeordnet werden und wenn, ist dann die laufende Desinfektion genügend oder bedarf es noch der Schlußdesinfektion?

Es steht ziemlich sicher fest, daß das Virus der Encephalitis außerhalb des Organismus bei Zimmertemperatur in indifferenten Medien haltbar ist. Für Gegenstände aus der Umgebung des Kranken ist Infektiosität wahrscheinlich. Das würde vollauf genügen, um die Forderung der Desinfektion auch bei der Encephalitis epidemica ausreichend zu begründen, wenn auch von derartigen Infektionsquellen anscheinend nur selten Erkrankungen ausgehen. Berücksichtigt man nun, daß sowohl Wäschestücke als Kleider nur selten an weit von dem Krankenzimmer gelegene Orte gelangen, daß die Infektionsgefahr durch Faeces, Urin, Auswurf verhältnismäßig gering ist (normale Stühle! selten Katarrh!) und daß Nahrungsmittelinfektionen nicht vorkommen, der Darm auch keine Eintrittspforte für das Virus zu bilden scheint, so wird man auf die Schlußdesinfektion verzichten, bis größere Sicherheit über diese Infektionsmöglichkeiten erzielt ist. Dagegen wird man an der laufenden Desinfektion auch bei Encephalitis epidemica festhalten können. Sie ist genügend begründet und wenn sie Krankenzimmer, Dejekte und Gebrauchs-

gegenstände des Kranken betrifft, auch praktisch ausreichend, sofern sie nach den geltenden allgemeinen Regeln durchgeführt wird.

Auch die prophylaktische Bekämpfung der Encephalitis kann sich daher im Rahmen der bereits bewährten Methoden halten. Zu weitergehenden Maßnahmen liegt kein Anlaß vor. Andererseits ist die Einreihung der Encephalitis epidemica in die öffentlicher Überwachung und Bekämpfung zu unterstellenden Krankheiten angesichts ihrer gegenwärtigen Verbreitung und ihrer schweren Folgen unbedingt geboten. In vieler Hinsicht wird erst die Zukunft wirklich sichere Grundlagen bringen. Dann wird man auch bei der Encephalitis epidemica in manchen Punkten die Bekämpfungsmethoden rationeller gestalten können als es heute möglich ist. Dasselbe war bei vielen anderen Infektionskrankheiten auch der Fall. Immerhin wird, wenn die Seuche nicht aus inneren unbekannten Gründen spontan für kürzere oder längere Zeit wieder verschwindet, an ihre Ausrottung kaum zu denken sein. Wie bei allen Krankheiten, die nicht obligat pathogen sind oder deren Verbreitung auf bestimmten, eng abgrenzbaren Wegen erfolgt, werden auch hier die Bekämpfungsmaßnahmen eine gewisse Eindämmung erzielen, ohne doch etwaige Teilepidemien sicher lokalisieren zu können. Das ist durch die Rolle der Keimträger bei der Übertragung als ausgeschlossen zu betrachten, solange nicht die Keimträger selbst wirksam behandelt werden können. Aber wenn auch der volle Idealerfolg vorläufig versagt bleibt, so wird man doch auf den möglichen Teilerfolg bei der Encephalitis epidemica ebensowenig verzichten können, wie bei anderen epidemiologisch ähnlichen Erkrankungen.

Literaturverzeichnis.

Neur. Zentr. = Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Die erste Ziffer bezeichnet den Band, die zweite die Seitenzahl.

1. *Achard*, Ref. Neur. Zentr. 26; 340.
2. *Adamowicz*, Ref. Neur. Zentr. 26; 203.
3. *Adler*, Ref. Neur. Zentr. 25; 107.
4. —, Med. Klinik 17; 13; 45; 75.
5. *Almasio*, Ref. Neur. Zentr. 25; 309.
6. *Andrieux et Bonnaud.*
7. *Anton*, Ref. Neur. Zentr. 34; 176.
8. *Aronowicz*, Klin. Wochenschrift 2; 1648.
9. *Auden*, Ref. Neur. Zentr. 32; 14.
10. *Bandetti di Poggio*, Ref. Neur. Zentr. 27; 24.
11. *Barré* et *Reys*, Ref. Neur. Zentr. 26; 205.

12. *Bastai*, Ref. Neur. Zentr. 28; 531.
12 a. —, Schnabel.
13. *Becker*, Ref. Neur. Zentr. 37; 434.
14. *Bertoloni*, Ref. Neur. Zentr. 37; 268.
15. *Beyer*, Ref. Neur. Zentr. 29; 424.
16. *Bing* und *Staehelin*, Ref. Neur. Zentr. 29; 124.
17. *Bingel*, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 70; 320.
18. *Le Blaye*, Ref. Neur. Zentr. 36; 438.
19. *Blanchard* et *Roger*, Ref. Neur. Zentr. 25; 310.
20. *Boeckel* und *Bessemanns*, Ref. Neur. Zentr. 30; 74.
21. *Bompiani*, Ref. Neur. Zentr. 28; 324.
22. *Cawadias*, Ref. Neur. Zentr. 25; 55.
23. *Clay*, Ref. Neur. Zentr. 36; 71.
24. *Clerc*, Ref. Neur. Zentr. 26; 215.
25. *Combry*, Ref. Neur. Zentr. 26; 206.
26. —, Ref. Neur. Zentr. 37; 271.
27. *Conos*, Ref. Neur. Zentr. 30; 3a, 73.
28. *Crispell*, Ref. Neur. Zentr. 35a; 326.
29. *Cruchet*, Ref. Neur. Zentr. 25; 55.
30. *Dazzi*, Ref. Neur. Zentr. 31; 251.
31. *Denig* und *Phillipsborn*, Deutsche med. Wochenschrift 49; 1419.
32. *Dietrich*, Ref. Neur. Zentr. 29; 424.
33. *Doerr* und *Schnabel*, Ref. Neur. Zentr. 26; 201.
34. — —, Ref. Neur. Zentr. 27; 436.
35. *Doerr* und *Zdansky*, Ref. Neur. Zentr. 33; 134.
36. — —, Zeitschrift f. Hyg. und Inf. 102; 1.
37. *Dopter*, Ref. Neur. Zentr. 26; 202.
38. *Domcan*, Ref. Neur. Zentr. 38; 51.
39. *Ebangh*, Ref. Neur. Zentr. 32; 347.
—, Ref. Neur. Zentr. 37; 414.
40. *Economo*, Wiener med. Wochenschrift 71; 1321.
41. *Emdin*, Ref. Neur. Zentr. 25; 474.
42. *Findly* und *Shiskin*, Ref. Neur. Zentr. 30; 248.
43. *Fracassi*, Ref. Neur. Zentr. 27; 297.
44. *Francioni*, Ref. Neur. Zentr. 26; 47.
45. —, Ref. Neur. Zentr. 31; 125.
46. *Frankel*, Ref. Neur. Zentr. 26; 202.
47. *Fyfe*, Ref. Neur. Zentr. 37; 481.
48. *Grage*, Deutsche med. Wochenschrift 47; 673.
49. *Großmann*, Ref. Neur. Zentr. 26; 212.
50. *Groß* und *Goldberger*, Ref. Neur. Zentr. 36; 440.
51. *Handelsmann*, Ref. Neur. Zentr. 32; 416.
52. *Harris*, Ref. Neur. Zentr. 26; 339.
53. *Herzog*, Ref. Neur. Zentr. 26; 40.
54. *Hess*, Münchner med. Wochenschrift 68; 481.
55. —, Münchner med. Wochenschrift 71; 6; 32.
56. *Higier*, Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde 75.
57. *Hohmann*, Ref. Neur. Zentr. 37; 483.
58. *Hofstadt*, Zeitschr. für Kinderheilkunde 29; 272.

59. *Hofstadt*, Zeitschr. für Kinderheilkunde 29; 190.
60. —, Klin. Wochenschrift 2; 1759.
61. *House*, Ref. Neur. Zentr. 30; 473.
62. *Hoobler*, Ref. Neur. Zentr. 28; 328.
63. *Hunt*, Ref. Neur. Zentr. 36; 239.
64. *Hübner*, Ref. Neur. Zentr. 36; 239.
64. *Hübner*, Ref. Neur. Zentr. 32; 299.
65. *Jahnel*, Klin. Wochenschrift 2; 1731.
66. *Jakob*, *Ch.*, Ref. Neur. Zentr. 30; 172.
67. *Jarksch* und *Wartenhorst*, Ref. Neur. Zentr. 35; 327.
68. *Kanders*, Ztsch. f. ges. Neurol. u. Psychiatrie 74; 431.
69. *Kayser = Petersen*, Münchner med. Wochenschrift 68; 1137.
70. — —, Münchner med. Wochenschrift 68; 507.
71. — —, Ztsch. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten 100; 339.
72. *Kirschbaum*, Ztsch. f. ges. Neurol. u. Psychiatrie 73; 599.
73. —, Ref. Neur. Zentr. 27; 29.
74. *Kling*, Ref. Neur. Zentr. 33; 135.
75. —, Ref. Neur. Zentr. 32; 149.
76. —, *Davide* et *Lilienquist*, Ref. Neur. Zentr. 28; 322.
77. — — —, Ref. Neur. Zentr. 27; 299.
78. — — —, Ref. Neur. Zentr. 26; 200.
79. — — —, Ref. Neur. Zentr. 25; 310.
80. — — —, Ref. Neur. Zentr. 28; 201.
81. — — —, Ref. Neur. Zentr. 25; 555.
82. — — —, Ref. Neur. Zentr. 31; 120.
83. — — —, Ref. Neur. Zentr. 29; 205.
84. *Kolle-Hetsch*, Lehrb. der Bakteriologie.
85. *Kristensen*, Ref. Neur. Zentr. 28; 323.
86. —, Ref. Neur. Zentr. 27; 28.
87. *Labohy*, Ref. Neur. Zentr. 38; 148.
88. *Leahy* et *Sands*, Ref. Neur. Zentr. 26; 468.
89. — —, Ref. Neur. Zentr. 29; 475.
90. *Lemoine*, Ref. Neur. Zentr. 25; 405.
91. *Lermivier*, Ref. Neur. Zentr. 25; 193.
92. *Levaditi*, *C.*, Ref. Neur. Zentr. 27; 201.
93. —, *Harvier* et *Nicolau*, Ref. Neur. Zentr. 26; 339.
94. —, und *Harvier*, Ref. Neur. Zentr. 25; 309.
95. — — —, Ref. Neur. Zentr. 26; 417.
96. — — —, Ref. Neur. Zentr. 26; 418.
97. — — —, Ref. Neur. Zentr. 27; 437.
98. — — —, Ref. Neur. Zentr. 27; 201.
99. — — —, Ref. Neur. Zentr. 27; 122.
100. *Levad* et *Nicolau*, Ref. Neur. Zentr. 37; 480.
101. *Loeper*, Ref. Neur. Zentr. 25; 197.
102. *Loewe* und *Strauß*, Ref. Neur. Zentr. 26; 338.
103. *Logre*, Ref. Neur. Zentr. 32; 252.
104. *Marie*, *Pierre et Levy*, Ref. Neur. Zentr. 32; 13.
105. *Marinesco*, Ref. Neur. Zentr. 25; 297.
—, Ref. Neur. Zentr. 27; 27.

106. *McClure*, Ref. Neur. Zentr. 25; 313.
107. *Mittasch*, Med. Klinik 17; 135.
108. *Müller, Ed.*, Dtsch. Ztsch. f. Nervenheilkunde Bd. 70; 337.
109. —, Ref. Neur. Zentr. 28; 45.
110. *Naville*, Ref. Neur. Zentr. 32; 299.
111. —, Ref. Neur. Zentr. 31; 20.
112. —, Ref. Neur. Zentr. 31; 362.
113. *Neel*, Ref. Neur. Zentr. 35; 96.
114. *Neal*, Ref. Neur. Zentr. 26; 537.
115. *Netter*, Ref. Neur. Zentr. 25; 309.
116. —, Ref. Neur. Zentr. 25; 319.
117. —, Ref. Neur. Zentr. 31; 250.
118. —, Ref. Neur. Zentr. 25; 309.
119. —, Ref. Neur. Zentr. 25; 319.
120. —, Ref. Neur. Zentr. 26; 211.
121. —, Ref. Neur. Zentr. 27; 104.
122. *Nikula*, Ref. Neur. Zentr. 27; 204.
123. *Nonne*, Ref. Neur. Zentr. 34; 116.
124. —, Ref. Neur. Zentr. 35; 389.
125. *Parker*, Ref. Neur. Zentr. 32; 15.
126. *Patherson and Spence*, Ref. Neur. Zentr. 27; 368.
127. *Pecori*, Ref. Neur. Zentr. 25; 400.
128. *Peju et Abel*, Ref. Neur. Zentr. 25; 313.
129. *Pette*, Dtsch. Ztsch. für Nervenheilkunde 76; 1.
130. *Pfaundler*, Zit. von Stern.
131. *Piotrowski*, Ref. Neur. Zentr. 25; 193.
132. *Pontano und Treuti*, Ref. Neur. Zentr. 27; 300.
133. *Prica*, Ref. Neur. Zentr. 30; 171.
134. *Progulski* und *Gröbel*, Ref. Neur. Zentr. 25; 474.
135. *Reinhardt*, Ergeb. der inn. Med. und Kinderheilkunde 22; 245.
136. *Rindfleisch*, Dtsch. Ztsch. f. Nervenheilk. 70; 243.
137. *Rivet* und *Lippschütz*, Ref. Neur. Zentr. 25; 196.
138. *Robin*, Ref. Neur. Zentr. 32; 14.
139. *Roger*, Ref. Neur. Zentr. 25; 194.
140. *Roubinovitch*, Ref. Neur. Zentr. 32; 14.
141. *Ruata*, Ref. Neur. Zentr. 31; 362.
142. *Sacchetto*, Ref. Neur. Zentr. 26; 208.
143. *Sauchis Banus*, Ref. Neur. Zentr. 39; 475.
144. *Schnabel*, Klin. Wochenschrift 2; 429.
145. —, Wiener klin. Wochenschrift 36; 84.
146. —, Klin. Wochenschrift 3; 1015.
147. *Sicard*, Ref. Neur. Zentr. 25; 558.
148. *Simonetti*, Ref. Neur. Zentr. 25; 402.
149. *Shermann*, Ref. Neur. Zentr. 35; 210.
150. *Shrubsall*, Ref. Neur. Zentr. 36; 240.
151. *Smith, H. F.*, Ref. Neur. Zentr. 28; 401.
152. *Smith*, Ref. Neur. Zentr. 37; 268.
153. *Staehelin*, Ztsch. f. ges. Neurol. und Psychiatrie 77; 171.
154. *Stallybrass*, Ref. Neur. Zentr. 35; 474.

155. *Stern*, Die Encephalitis epidemica, Springer 1922.
156. *Steiner*, Ztsch. f. ges. Neurol. und Psychiatrie 78; 553.
157. *Stiefler*, Wiener klin. Wochenschrift 36; 277.
158. —, Ref. Neur. Zentr. 35; 390.
159. —, Ztsch. f. ges. Neurol. und Psychiatrie 74; 396.
160. *Stradiotti*, Ref. Neur. Zentr. 27; 123.
169. *Stradiotti*, Ref. Neur. Zentr. 27; 123.
161. *Szymanowski*, Ref. Neur. Zentr. 36; 67.
162. *Thalheimer*, Ref. Neur. Zentr. 25; 120 und später.
163. *Trömner*, Ref. Neur. Zentr. 37; 480.
164. Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes 1918—1924.
165. *Villinger*, M. med. Wochenschrift 68; 913.
—, M. med. Wochenschrift 68; 1561.
166. *Voigt*, Ref. Neur. Zentr. 26; 419.
167. *Wallgren*, Ref. Neur. Zentr. 27; 365.
168. *Zacharias*, Ref. Neur. Zentr. 28; 48.
169. *Zdanski*, Ref. Neur. Zentr. 34; 178.
170. *Zeiner-Henriksen*, Ref. Neur. Zentr. 33; 204.

Weitere Literatur in der Monographie von Stern, im Jahresbericht über die ges. Neurologie und Psychiatrie für das Jahr 1921/1922 (*Springer*), im Zentralblatt f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Band 25—38.

Die Benzoëreaktion[1].

Von

Oberarzt Dr. Syring.

In dem Archiv für Psychiatrie Band 69, veröffentlicht *Ewald* einen Artikel „die ausführliche und die vereinfachte Benzoëreaktion zur Diagnose der Nervensyphilis". Er teilt darin mit, daß im Jahre 1920 *Guillain*, *Laroche* und *Lechelle* in Paris über die Technik einer neuen Kolloidreaktion, der Benzoëreaktion, berichten, die bald die Aufmerksamkeit der französischen Liquorforscher auf sich zog. Die Reaktion wurde von ihnen günstig beurteilt, die Übereinstimmung mit der W. R. wurde hervorgehoben, und die B. R. wurde der Goldsol- und Mastixreaktion als mindestens gleichwertig, ja in mancher Beziehung für überlegen erachtet.

Im Jahre 1922 erschien eine Monographie derselben 3 oben Genannten, in der die Einfachheit der Methode gerühmt wurde. Sie sei bei der Mult. Sklerose meistens nicht positiv, wie dies doch bei der Goldsol- und Mastixreaktion recht häufig der Fall ist, auch gebe sie bei der Encephalitis keine luetische Kurve.

Die Autoren hielten aber die Reaktion nicht für geeignet, eine Paralyse, Tabes oder Lues cerebri streng zu unterscheiden. *Targowla* meinte, daß man eine vorzügliche Übereinstimmung zwischen Schwere und Fortschreiten oder Zurückgehen des klinischen Krankheitsbildes bei der Paralyse und dem Ausfall der Benzoereäktion feststellen könne.

Kafka gab zu, daß sich bei der Benzoëreaktion ein syphilitischer und meningitischer Typ häufig unterscheiden lasse, er hält aber die mit der Reaktion erzielten Kurven zur qualitativen Differenzierung innerhalb der Nervenlues weniger geeignet als Mastix- und Goldsolreaktion.

Mras-Wien stellte die hohe Empfindlichkeit der Reaktion sowie ihre grundsätzliche Parallelität mit der Goldsolreaktion fest.

[1]) Aus der Brandenburgischen Landesirrenanstalt Neuruppin. (Direktor San.-Rat Dr. Knörr.)

Kaltenbach-Hamburg dagegen kam zu dem Ergebnis, daß sich keine charakteristischen Resultate ergeben hätten und daß die Ergebnisse sehr wenig befriedigten.

In einer eben erst erschienenen Veröffentlichung teilt *Kiss*-Budapest mit, daß man mit der Benzoëharzemulsion neuerdings — entgegen den älteren Methoden — auch bei normalem Liquor positive Reaktion fand.

Die Technik der ausführlichen B. R. — die vereinfachte habe ich nicht gemacht — ist kurz folgende:

1,0 gr Sumatrabenzoëharz, das unzerkleinert aufbewahrt und erst zur Herstellung des Reagens pulverisiert wird, wird in 10 ccm Alkoh. absolut. gebracht; die Lösung wird mehrfach umgeschüttelt und bleibt 48 Stunden stehen. Dann dekantiert man und gießt die klare Flüssigkeit ab. Die Lösung hält sich, vor Licht geschützt und gut verschlossen, längere Zeit.

Ferner wird als 2. Lösung: 1 L. Aqua bidestillata mit 10 Centigramm NaCl gebraucht.

Vor dem Ansetzen der Reaktion erwärmt man 20 ccm obiger NaCl-Lösung auf 35° und läßt 0,3 ccm der Benzoëlösung langsam in diese einfließen. Man erhält eine milchig-homogene Trübung.

Zur Reaktion gebraucht man 15 Röhrchen + 1Teströhrchen.

In das 1. Röhrchen kommen 0,25 der NaCl-Lösung + 0,75 Liquor
" " 2. " " 0,5 " " " + 0,5 "
" " 3. " " 1,5 " " " + 0,5 "
In das 4.—16. kommen je 1 ccm der NaCl-Lösung.

Das 3. Röhrchen enthält 2 ccm Flüssigkeit. Man mischt diese gut und überträgt aus ihr 1 ccm in das 4. Röhrchen, sodaß jetzt in diesem 2 ccm Flüssigkeit sind; man schüttelt wiederum gut um und bringt 1 ccm in das 5. Röhrchen usw. bis zum 15. Röhrchen, dem man zum Schluß 1 ccm Flüssigkeit entnimmt.

In jedes der 16 Röhrchen, die jetzt alle 1 ccm Flüssigkeit enthalten, gibt man von der oben beschriebenen Benzoësuspension je 1 ccm, schüttelt gut um und läßt die Reaktion bei Zimmertemperatur stehen.

Nach Angabe der Autoren erfolgt die Ablesung nach 6—12 Stunden. Hierbei kam ich zu anderen Resultaten, auf die ich noch weiter unten näher eingehe.

Das Ergebnis wird nach Wertbestimmungen festgelegt:

I. Die Suspension ist im Vergleich zum Teströhrchen unverändert: negativ = 0.

II. Geringer Niederschlag: Die Flüssigkeit darüber ist aufgehellt, aber noch deutlich trübe: subpositiv = 1.

III. Völlige Ausflockung: Die Flüssigkeit über dem Niederschlag ist klar: positiv = 2.

Ewald gibt nun folgende Typen an:

I. Normaler Typ: Ausflockung des 6.—8. resp. 7.—9. Röhrchens: 00000 222 0000000 0.

II. Syphilitischer Typ: = Ausflockung in einigen oder allen der ersten 5 Röhrchen:

01222 0120000000 0.

III. Meningitischer Typ: = Verbreiterung der Normalzone in mehr oder weniger ausgiebiger Weise nach rechts:

00000 2222212 000 0.

Ich gehe zunächst auf den syphilitischen Typ ein. *Ewald* fand, daß sämtliche 10 Paralysen mit einer ungemein starken Reaktion innerhalb der syphilitischen Zone reagierten. Zwei Fälle Nr. 8 und Nr. 10, waren frische Paralysen und reagierten im 1. resp. 1. und 2. Röhrchen negativ.

Meine Untersuchungen bezogen sich auf 17 Paralysen und 3 Fälle von Lues cerebri.

a) Progressive Paralyse.

1. H.	Lues 1907. Beginn der Pr. Pa. XI. 18. 1918 Blut: W. R.: pos.	Blut: W. R.: +++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: + 0,5: ++++	02222. 2222222222 0	
2. K.	Beginn der Pr. Pa. 1921. 8. 1. 22: Liquor: W. R.: ++++	Blut: W. R.: +++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,5: ++++	02222. 2222210000 0	
3. Sch.	Vater † Del. trem.. Pat. 1914—15. Salvarsankur. Beginn der Pr. Pa. V. 20. Ex. V. 24.	Blut: W. R.: ++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: + 0,5: ++++	22222. 2200000000 0	
4. K.	1915 Kopfschuß. Beginn der Pr. Pa: 1916. Exitus: Mai 1924.	Blut: W. R.: ++++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,5: ++++	22222. 0222222000 0	
5. Sch.	Anfang der Pr. Pa: I. 22. Exitus: V. 24.	Blut: W. R.: ++++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,5: ++++	12222. 2222220000 0	

6. H.	Beginn der Pr. Pa: 1918. Völlig stumpf.	Blut: W. R.: +++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,5: ++++	22222. 0002222220 0	
7. R.	Beginn der Pr. Pa.: IV. 1920. Damals Blut: W. R.: ++++	Blut: W. R.: +++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,5: ++++	12222. 2002222222 0	
8. K.	Beginn der Pr. Pa: IX. 1922. Sehr stumpfer Kranker.	Blut: W. R.: ++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,5: ++++	12222. 0022222222 0	
9. B.	Beginn der Pr. Pa.: I. 1921. Exitus: VI. 1924.	Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: +++ 0,5: ++++	11222. 2222222200 0	Liquor im paral. Anfall entnommen.
10. T.	Beginn der Pr. Pa.: IV. 1924. Stumpfer Kranker. Phlogetankur ohne Erfolg.	Blut: W. R.: ++++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++ 0,2: ++ 0,5: ++++	11222. 0001222110 0	
11. F.	Aufgenommen: VII. 1924. Stumpfer Kranker.	Blut: W. R.: ++++ Lumbal: N. A.: p. W. R.:0,1: ++++ 0,2: ++++ 0,5: ++++	11222. 0012222000 0	
12 P.	Vor 12 Jahren Lues; Behandlung vor 12 und 2 Jahren mit Salv. Die letzten 2 Monate: Behandlung der Pr. Pa. mit Malaria.	Blut: W. R.: +++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,2: ++++ 0,3: ++++ 0,4: ++++ 0,5: ++++	01222. 1012222100 0	
13. K.	Vorgeschrittene Paralyse. Gestorben XI. 1924.	Blut: W. R.: ++++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,2: ++++ 0,3: ++++ 0,4: ++++ 0,5: ++++	22222. 1022222210 0	
14. Q.	Paralyse im Endstadium. Aufgen. XI. 1924, gest. XII. 1924.	Blut: W. R.: ++++ Lumbal: N. A.: p. W. R.: 0,1: ++++ 0,2: ++++ 0,3: ++++ 0,4: ++++ 0,5: ++++	11222. 2102221100 0	

15. W.	Stumpfe Paralyse.	Blut: W. R.: ++++		
		Lumbal: N. A.: p.		
		W. R.: 0,1: +++	02222. 2221000000 0	
		0,5: +++		
16. L.	Stumpfe Paralyse.	Blut: W. R.: ++++		
		Lumbal: N. A.: p.	01222. 2222100000 0	
		W. R.: 0,1: ++++		
		0,5: ++++		
17. T.	Blöde Paralyse.	Blut: W. R.: ++++		
		Lumbal: N. A.: p.		
		W. R.: 0,1: ++++	22222. 2222211000 0	
		0,5: ++++		

b) Lues cerebri.

1. L.	Krank seit Juni 1919,	Blut: W. R.: 0		
	seitdem ständig in	Lumbal: N. A.: ?		
	Anstalten. Anfangs	W. R.: 0,1: ±	00021. 2222221000 0	
	hinfällig, dann Besse-	0,2: ±		
	rung. Sehr stumpf.	0,3: +		
		0,4: +		
		0,5: ++		
2. We.	1920. W. R:			nach
	Liquor 0,1: − Blut: ±	November 1924.	00000. 0120000000 0	1½ St.
	Liquor 0,2: −	Blut: ++++	00000. 0221000000 0	3 „
	Liquor 0,5: ±	Lumbal: N. A.: ?	00010. 0221100000 0	9 „
	1921. Li.: 0,5: +	W. R.: 0,1: 0	00010. 0221110000 0	24 „
	1923.	0,2: ++	00020. 0222110000 0	30 „
	Liquor 0,1: 0 Blut: +++	0,3: ++++	00120. 0222110000 0	48 „
	Liquor 0,2: +	0,4: ++++		
	Liquor 0,3: ++++	0,5: ++++		
3. Wo.	Auf § 81 StPO. hin	Blut: ++	00000. 0220000000 0	1½ St.
	aufgenommen. Lues	Lumbal: N. A.: p.	00000. 0222210000 0	4 „
	cerebri.	W. R.: 0,1: ++	00000. 0222210000 0	6 „
	§ 51 StGB. kommt	0,3: +++	00011. 0222210000 0	9 „
	nicht in Frage.	0,5: ++++	00121. 0222210000 0	20 „
			00121. 0222210000 0	29 „
			00121. 0222210000 0	48 „

Bei der Betrachtung der Fälle von Progr. Paralyse fand ich völlig in Übereinstimmung mit *Ewald*, daß sämtliche Paralysen mit einer ungemein starken Reaktion in der paralytischen Breite reagierten und sämtlich mit der W. R. übereinstimmten. Bezüglich

der Zeit des Eintrittes der Reaktien fand ich dagegen, daß die Reaktion bei Paralyse bereits nach 1½ Stunden klar und deutlich war, um bereits nach 3 Stunden beendet zu sein, wie z. B. der herausgegriffene Fall 15 beweist.

00221 2210000000 0 nach 1 Stunde
01222 2221000000 0 nach 3 Stunden
02222 2221000000 0 nach 9 Stunden.

Zu recht interessanten Resultaten kam ich bei meinen 3 Fällen von Lues cerebri.

Zur Vergleichung führe ich hier die 2 Fälle *Ewald's* von Lues cerebri an:

I He	6. 7. 22.	00001 2220000000	0	W R.:Blut: ?
	5. 10.22.	00002 2222222000	0	W. R.: Blut:?
II Mu		00001 2221100000	0	W. R.: Blut: +
				Mastixreaktion: Lues-Zacke.

Ich fand also, genau wie *Ewald*, ein ganz anderes Resultat bei Lues cerebri als bei Paralyse.

Bei Paralyse trat, wie schon gesagt, eine außerordentlich starke Reaktion in den ersten 4 resp. 5 Röhrchen auf, während sie bei Lues cerebri bei *Ewald* nur im 5. Röhrchen, bei mir im 4. und 5. Röhrchen eintrat.

Ich habe ferner in der Zeit des Ablaufes der Reaktion eine markante Differenz gefunden:

Während bei Paralyse die Reaktion bereits nach 3 Stunden typisch war, dauerte die Entwicklung bei Lues cerebri erheblich länger, wie es genau im Falle Lues 2 und 3 zu ersehen ist. Die Reaktion begann nach 9 Stunden und war erst nach 20 Stunden und mehr beendet. Ich betone extra, daß in meinen 3 Fällen von Lues cerebri die W. R. in der Lumbalflüssigkeit stets positiv war.

Nun stehen mir zwar mit den 2 *Ewald*schen Fällen nur 5 Fälle von Lues cerebri zur Verfügung. Sie zeigen aber deutlich, daß die B. R. einen wesentlichen Unterschied macht, sowohl in der Zeit des Ablaufs der Reaktion, als auch im Ergebnis des Endresultates.

Ich komme jetzt zu sprechen auf den

II. meningitischen Typ.

Ewald fand bei dem meningitischen Typ keinen Fall von positiver syphilitischer Zone. Es zeigte sich aber stets eine sehr breite Ausflockungszone mit Verschiebung der Ausflockung nach rechts. *Ewald* betont, daß solche Verbreiterungen auch gelegentlich bei anderen Erkrankungen, wie multipler Sklerose und Hirntumor, auftraten.

Ich lasse 15 Fälle dieses Typs folgen. Es handelt sich um 9 Fälle von Idioten, die an einer spinalen Kinderlähmung erkrankt waren und an einseitiger Lähmung leiden, ferner um 2 multiple Sklerosen und 4 weitere Fälle:

meningitischer Typ.

1. B.	Vater Potator. Spinale Kinder-Lähmung. Lähmung: links.	W. R. Blut: 0 Lumbal: 0	00000 2222222000 0	
2. M.	In frühester Jugend Sp. K. L. Lähmung: rechts.	,,	00000 2222222200 0	
3. S.	In der Jugend: Sp. K. L. Lähmung: links.	,,	00000 0222221111 0	
4. B.	Sp. K. L. in der Jugend. Lähmung: rechts.	,,	00000 2222222211 0	
5. P.	Sp. K. L. in frühster Jugend. Kam bis zur 5. Klasse. Lähmung: rechts.	,,	00000 2222222220 0	
6 Sch.	Sp. K. L. im 3 Jahre, Lähmung rechts.	W. R. Blut: 0.	00000 2222222222 0	
7. G.	Lähmung rechts. Sp. K. L.	Lumbal: 0. ,,	00000 2222222222 0	
8. F.	,,	,,	00002 2222221000 0	
9. G.	,,	,,	00002 2222211000 0	
10 Sch.	Multiple Sklerose	,,	00000 0222220000 0	
11. F.	,, ,,	,,	00112 2012221110 0	starke Blutbeimengung.
12. R.	1916 harter Schanker, seit II. 23 in Anstalt.	Exitus. Todesursache Leptomeningitis chron.	00002 2222222110 0	2 Stunden post mortem punktiert.
13. F.	Frühere Diagnose: Pr. Pa. Monatl. 1 epileptiformer Krampfanfall.	Blut: W. R.: ++++ Lumbal: N. A.: 0 W.: 0,1: 0 0,2: 0 0,3: 0 0,4: 0 0,5: 0	00000 2222221000 0	

14. J.	Paralyse-Verdacht. Nicht bestätigt.	Blut: W. R.: 0 Lumbal: N. A.: 0 W.: 0,1: 0 0,2: 0 0,3: 0 0,4: 0 0,5: 0	00000 2222211000 0	
15. J.	Erkrankte 1918 an eitriger Meningitis.	W : 0	00000 2222110000 0	

Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß die Fälle 1—9, alte spinale Kinderlähmungen, stark in der meningitischen Breite reagierten. Das positive Ergebnis im 5. Röhrchen von Nr. 8, 9 und 12 findet sich auch bei *Ewald*. Nr. 11 scheidet in der Beurteilung wegen starker Blutbeimengung aus.

Der negative Ausfall der syphilitischen Zone stimmt völlig mit dem Ergebnis der W. R. der Lumbalflüssigkeit überein.

III. Der negative Typ.

Zur Untersuchung dieser Art standen mir 16 Lumbalflüssigkeiten zur Verfügung, und zwar handelte es sich um Fälle von Dementia praecox oder um Idioten. Nur der Fall Nr. 16 ist interessanter. Er betrifft eine erst kürzlich au genommene Frau, die nach dem Aufnahmezeugnis vor 4 Jahren an Grippe erkrankte, und bei der jetzt als psychiatrische Diagnose: Encephalitis lethargica vom Kreisarzt angegeben wurde. Sie bietet hier das Bild der Katatonie. Der Ausfall der Reaktion macht die Diagnose: Enceph. leth. sehr unwahrscheinlich. Gibt doch *Ewald* extra an, daß man „den meningitischen Typ am ausgesprochensten sehe bei Meningitiden . . ., aber auch bei mancherlei anderen organischen Nervenkrankheiten, wie Encephalitiden . . .“. Bei allen 16 Fällen war die W. R. im Blut und Lumbalfl. negativ.

1. L.	Idiotie. Analphabet. Erbliche Belastung: 0.	Blut: Lumbal: W. R. 0	00000 0222220000 0	
2. P.	Dem. praecox. Mutter: Struma. Vater: Nervenlähmung.	„	00000 2222100000 0	
3. W.	Dem praecox. Chron. Otitis med.	„	00000 2222200000 0	

4. B_1.	Idiotie.	Blut: W.R. 0	00000 2222100000 0	Brüder.
5. B_2.		Lumbal:	00002 2222200000 0	
6. U.	Idiotie. Taubstumm.	”	00002 2221100000 0	
7. K.	Dem. praecox	”	00000 1222100000 0	
8. F.	Idiotie.	”	00000 2222100000 0	
9. B.	Idiotie. choreat. Zuckungen.	”	00000 2222100000 0	
10. C.	Dem. praecox.	”	00000 22222000000	
11. 3. K.	Idiotie.	”	00000 2222100000 0	
12. N.	Idiotie.	”	00001 2222221122 0	starke Blutbeimengung.
13. St.	Idiotie.	”	00000 0211000000 0	
14. N.	Idiotie.	”	00000 1211000000 0	
15. Sch.	Idiotie.	”	00000 0222200000 0	
16. F.	Siehe oben.	”	00000 0222200000 0	

Bei der Beurteilung der Fälle scheidet Nr. 12 wegen starker Blutbeimengung aus.

Sämtliche Liquorflüssigkeiten ergaben, in Übereinstimmung mit der W. R., ein negatives Bild der syphilitischen Breite.

Im Gegensatz zum meningitischen Typ, der im 6.—13. Röhrchen und mehr positiv reagierte, zeigte der negative Typ durchschnittlich einen solchen in den Röhrchen Nr. 5—10.

Ich kam also zu folgenden Ergebnissen: Sämtliche Fälle der drei Typen stimmen mit der W. R. überein.

Ich fand ferner folgende Typen:

I. syphilitischer Typ.

A. Progressive Paralyse:

starke positive Reaktion in den ersten 4—5 Röhrchen, daneben starke meningitische Reaktion.

B. Lues cerebri:

starke positive Reaktion im 5. resp. 4.—5. Röhrchen mit starker Reaktion in der meningitischen Breite.

Im Gegensatz zu IA erhebliche Verlangsamung des Ablaufes der Reaktion.

II. meningitischer Typ:

negativer Ausfall in der syphilitischen Zone, starker positiver Befund im 6.—12.—13. Röhrchen und mehr; (bei alter spinaler Kinderlähmung, Multipler Sklerose, Leptomeningitis chronica, alter eitriger Meningitis).

III. negativer Typ:
positiver Ausfall nur in dem 6.—10. Röhrchen.

Um kurz auf die chemische Grundlage der Reaktion einzugehen, so beruht sie — wie Ewald sagt — auf der Eigenschaft der Globuline des Liquor, bei bestimmter Konzentration die Sole und Suspensionen auf elektrochemischen Wege zu entmischen.

Kopaczewski konnte nachweisen, daß die Serumglobuline, die normalerweise elektrisch negativ geladen sind, und bei denen nur ein Bruchteil eine positive Ladung besitzt, bei Luetikern durchweg elektropositiv geladen sind.

Nun haben die Autoren der Reaktion zusammen mit *Macheboeuf* nachgewiesen, daß die negativ geladenen Benzoëmizellen durch die — bei Luetikern elektropositiv geladenen — Globuline in Gegenwart und unter Förderung der positiven Salzione entladen und niedergerissen werden.

Erwähnen möchte ich noch gewisse Schwierigkeiten bei der Herstellung des alkoholischen Benzoëextraktes, Schwierigkeiten, wie sie ja oft auch bei der Zubereitung der Goldsollösung auftreten. Es ist mir wiederholt vorgekommenen, daß dieses Extrakt, mit demselben Benzoëharz und demselben Alkohol hergestellt, unbrauchbar war, da es, in die 16 Röhrchen hineingebracht, eine stark dickflockige Emulsion gab, die bereits nach 1½ Stunden in sämtlichen 16 Röhrchen, also auch im Teströhrchen, völlige Klärung gab. — Einer der folgenden Extrakte war dann wieder brauchbar.

Nach obigen Ausführungen erscheint mir die Benzoëharzreaktion eine wesentliche und zuverlässige Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel. Ist sie doch nach meinen Ausführungen imstande, innerhalb der Lues des Z. N. S. (zwei) grundverschiedene Typen herauszuarbeiten, hebt sich doch ferner der syphilitische Typ so markant von dem meningitischen und negativen Typ ab, und stimmt sie doch schließlich bei mir in 100 % mit der W. R. überein.

Die technische Betriebsleitung in den sächsischen Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke.

Von
Ministerialrat **Grube**, Dezernent d. Hochbaudirektion (Abt. III)
im Finanzministerium.

Solange die Anstalten im Anfang ihrer Entwicklung in alten Schlössern und sonstigen Gebäuden, die vordem anderen Zwecken gedient hatten, untergebracht waren und ohne große Neubauten mit dem vorhandenen Bestand an Baulichkeiten und deren oft mangelhafter Einrichtung vorlieb nehmen mußten, bildete jede dieser Anstalten baulich nichts weiter als ein Konglomerat von Einzelhäusern mit nur geringfügigen technischen Einrichtungen besonderer Art. Ihre Betreuung erfolgte durch die Anstaltsdirektion. Die Aufsicht bzw. Durchführung der Unterhaltungsarbeiten lag der Haus- und Wirtschaftsverwaltung ob. Für die Planung und Ausführung aller Neu-, Um- und Erweiterungsbauten, sowie zur Festlegung und Durchführung des jährlichen Bauetats der Anstalten entstand Mitte des vorigen Jahrhunderts eine besondere Baudienststelle im Ministerium des Innern, die sich im Laufe der Zeit infolge der bedeutenden Aufgaben sehr entwickelt hat und heute die Abteilung III der Hochbaudirektion im Finanzministerium bildet.

Die fortschreitende Entwicklung der Anstalten nach Zahl und Größe brachte es mit sich, daß auch bei ihnen die Fortschritte aller Zweige der Technik und die Errungenschaften betriebstechnischer Zentralisierung der Hauswirtschaftsbetriebe Eingang fanden. Küchen- und Wäschereibetriebe kamen zuerst an die Reihe. Dampfkochküchen und Dampfwäschereien wurden eingerichtet, die bald aus einem gemeinsamen Kesselhaus ihren Dampf und das Warmwasser erhielten. Der Frischwasserversorgung der ganzen Anstalt, oft aus eignen Quellgebieten, und der Abwässerbeseitigung, in Verbindung mit dem Auf-

kommen der Spülabortanlagen, wurde besondere Beachtung geschenkt. Zentrale Beleuchtungsarten, vorerst Gas, später elektrisches Licht, wurden eingeführt. Dieser Entwicklung entsprechend wurde für die Bedienung und Unterhaltung der technischen Anlagen besonderes Personal (Maschinisten, Heizer, Schlosser usw.) nötig. Es stand unter Aufsicht der Wirtschaftsverwaltung, die unter Leitung des Anstaltsdirektors neben der Wirtschaft auch die laufenden baulichen und technischen Angelegenheiten zu erledigen hatte und dadurch mit der Zeit immer mehr einseitig belastet wurde. Die technischen Einrichtungen vervollkommneten und entwickelten sich aber im Laufe der Zeit immer mehr. Die Frischwassergewinnung erhielt in vielen Fällen besondere maschinelle und technische Einrichtungen (Pumpen, Wassertürme), zur Abwässerbeseitigung trat das Problem der Abwässerklärung. Die Einzel- (Ofen-) Heizung wich der Zentralheizung für ein ganzes Gebäude; bald wurden ganze Gebäudegruppen gemeinschaftlich geheizt und damit begann der Siegeslauf der die ganzen Anstalten oder doch wenigstens große Teile davon umfassenden Fernheizwerke, oft verbunden mit Fernwarmwasserversorgung und der Erzeugung eigener elektrischer Energie für Licht und Kraftzwecke mit eignen Leitungsnetzen. Hier wie in den Küchen- und Wäschereibetrieben setzten neben der oben genannten Zentralisierung auch die Bestrebungen der Mechanisierung: Ablösung der Handarbeit durch die Maschine ein durch Schaffung von Förderanlagen, Hilfsmaschinen, Einzelantriebsmotoren für allerlei Zwecke, Aufzüge u. a. Desinfektionsanlagen wurden geschaffen. Der einfache Fernsprecher wandelte sich in raschem Zuge bis zur vollautomatischen Innenfernsprechanlage, an die alle Stationen und Betriebszweige angeschlossen sind.

In den großen Anstalten entstanden Hauswerkstätten (Tischlerei, Klempnerei, Schlosserei), in denen Anstaltshandwerker und Pfleger mit ärztlicherseits ausgesuchten, geeigneten Kranken als Hilfskräfte Instandhaltungsarbeiten aller Art ausführen.

So wuchsen die technischen Betriebseinrichtungen von Jahr zu Jahr in ihrem Umfang und erlangten für den gesamten Anstaltsbetrieb eine große Bedeutung. Die durch diese Einrichtungen erstrebte Wirtschaftlichkeit und Verbilligung des Betriebs war auch für die Staatskasse von nicht geringem Belang. Das Bedürfnis nach einer technischen Dienststelle, die der Anstaltsdirektion für die sachgemäße Leitung und Beaufsichtigung der gesamten technischen Anlagen und baulichen Unterhaltungsarbeiten volle Gewähr leistet, stellte sich

dabei immer mehr heraus und veranlaßte im Jahre 1902 zunächst in zwei Anstalten die Gründung der Stelle eines technischen Betriebsinspektors. Der Vorteil zeigte sich sofort und führte rasch dazu, auch in den anderen Anstalten diese Stellen zu schaffen. Sehr gut geeignete Kräfte waren dafür vorhanden in den Baumeistern, die unter Oberleitung der Ministerialbaudirektion als Bauführer mit der örtlichen Bauleitung betraut waren, die neuzeitlichen technischen Anlagen mit durchgeführt hatten und ihre Wesensart voll beherrschten. Durch die regelmäßigen Besprechungen mit dem ärztlichen Direktor über alle einschlägigen medizinischen Fragen werden sie mit den vom irrenärztlichen Fachmann gestellten Spezialforderungen vertraut. Teilnahme an elektrotechnischen und Heizungskursen vervollständigten die erforderliche Eignung für den umfangreichen Aufgabenkreis.

Um das tatsächliche Arbeitsgebiet kurz zu umreißen, sei nachstehend das Wesentlichste aus der Dienstanweisung zusammengestellt:

Aufgabe des Betriebsingenieurs ist erstens die verantwortliche Leitung und Beaufsichtigung des gesamten technischen Betriebes der Anstalt. Er beaufsichtigt den Kesselbetrieb mit Licht-, Kraft- und Heizzentrale, alle übrigen Einrichtungen für Gas- und elektrische Beleuchtung, die Kraft-, Warmwasser-, Bade-, Wasch-, Küchen- und sonstige Anlagen sowie den Kraftwagenbetrieb, die Anlagen zur Gewinnung von eigenem Frischwasser bezw. zur Versorgung der Anstalt mit elektrischem Strom, Gas und Waser von dritter Seite, die Anlagen zur Abführung und Reinigung der Abort-, Schmutz- und sonstigen Verbrauchswässer sowie der Tagewasserschleusen. Er prüft und überwacht alle elektrischen Leitungen, Isolationen, Sicherheitseinrichtungen, Blitzableitungsanlagen und den Feuerschutz der Anstalt. Dauernd steht unter seiner Kontrolle die Güte und der Verbrauch aller im Betrieb verwendeten Materialien, Brenn- und Betriebsstoffe. Erzielung größtmöglichster Sparsamkeit im Verbrauch von Wasser, Gas, elektrischer Energie, Kohlen, Konservierungsmitteln (Fußbodenöle, Bohnerwachs, Schmieröle u. a.) ist seine besondere Aufgabe. Die Hauswerkstätten unterstehen ihm in bezug auf technische Fragen. Er führt alle für den Betrieb nötigen Bücher, Statistiken usw., bestellt alle Betriebsstoffe und Materialien, prüft und bescheinigt alle einschlagenden Rechnungen, stellt Dienstpläne auf und überwacht den Dienst des technischen Personals der Anstalt. Als Berater steht er dem Anstaltsdirektor, dem er über alle technischen Zustände der Anstalt und über alle in Angriff zu nehmenden Arbeiten zu berichten hat, ständig zur Verfügung.

Als zweite Aufgabe liegt dem Betriebsingenieur ob die bauliche Überwachung aller vorhandenen Bauten einschließlich der Dienstwohnungen und sonstigen Bauanlagen und die Durchführung aller damit zusammenhängenden Unterhaltungsarbeiten.

Und als dritte Aufgabe kommt hinzu die örtliche Bauleitung von größeren Um-, Neu- und Erweiterungsbauten, zu deren Durchführung ihm die Hochbaudirektion nach Bedarf Hilfskräfte (Bauführer) zuteilt.

So ist in der Person des Betriebsingenieurs eine Stelle geschaffen, um eine gute Erhaltung des baulichen Zustandes der Anstalt und ein sicheres Arbeiten aller technischen Anlagen zu gewährleisten, entstandene Schäden rechtzeitig zu erkennen und abzustellen, ehe größeres Unheil angerichtet werden kann, und dauernd den Betrieb so sparsam wie nur irgend möglich zu gestalten.

Der Betriebsingenieur ist Anstaltsbeamter und der Anstaltsdirektion unterstellt. In allen technischen und baulichen Angelegenheiten steht er mit der Hochbaudirektion unmittelbar in Verkehr und erhält von ihr diesbezügliche Anweisungen. Er berichtet über Betriebsergebnisse und besondere Ereignisse und stellt zwischen der Anstaltsdirektion und der Hochbaudirektion ein wichtiges Bindeglied dar. Schon längst ist der Betriebsingenieur in jeder größeren Anstalt ein unentbehrlicher Beamter geworden, dessen Tätigkeit zum Nutzen der Staatskasse bei weitem die Kosten aufwiegt, die seine Einstellung bedingen und der dank dem fortlaufenden Zusammenarbeiten mit dem ärztlichen Direktor gemeinsam mit diesem befähigt ist, allen den zahlreichen Fährlichkeiten zu begegnen, die gerade die Geisteskranken der Sicherheit und Ordnung des Anstaltsbetriebs tagaus, tagein bereiten.

Beitrag zu Xifalmilchbehandlung der Epilepsie[1]).

Von

Oberarzt Dr. W. Schwartz.

Die Beurteilung der Behandlung der Epilepsie mit Xifalmilch ist keine einheitliche. Während manche Autoren Erfolge und weitgehende Besserungen nach ihr sahen, kamen andere zu ungünstigen Ergebnissen. *Tramer*-Zürich (Münch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 32) fand die Behandlung ohne jeden Erfolg. *Inarros*-Madrid (Referat i. d. Therapeut. Ber. Bayer. 1925 Nr. 2) erklärt die Behandlung mit Xifalmilch keineswegs für harmlos. Durch eine solche Einspritzung löste er jedesmal einen Anfall aus.

Um ein Urteil über den Wert dieser Behandlungsart zu gewinnen, hielt ich es für angezeigt, die gleichen Epileptiker während gleicher Zeitabschnitte mit verschiedenen antiepileptischen Mitteln zu behandeln. Zum Vergleiche ihrer Wirkung glaubte ich als Merkmal an erster Stelle die Anzahl der Krampfanfälle heranziehen zu können. Es wurde so vorgegangen, daß eine Anzahl schwerer und mittelschwerer Epileptiker, die sich seit längerer Zeit in der Anstalt unter den gleichen Lebensbedingungen befanden, 70 Tage bromisiert, 70 Tage mit Xifalmilch allein, 70 Tage mit Xifalmilch und Luminal in Kombination und 70 Tage mit Luminal allein in der gleichen Luminaldosis wie vorher behandelt wurden. 3 Kranke schieden aus, weil bei ihnen während der Xifalmilchbehandlung ein Ikterus leichten Grades sich einstellte, der nach Aussetzen des Mittels bald wieder schwand. Ob dieser der Xifalmilch zur Last gelegt werden muß, möchte ich nicht ohne weiteres behaupten. In der mir zugänglichen Literatur fand ich ähnliche Beobachtungen bisher nicht erwähnt. Das Zusammentreffen von Xifalmilchgaben mit Ikterus in 3 Fällen und das schnelle Schwinden des letzteren nach Aussetzen des Mittels gibt zu denken Anlaß.

In folgender Tabelle kommt das Verhalten der Zahl der Krampfanfälle bei der Anwendung dieser verschiedenen Mittel zum Ausdruck. Ich erwähne, daß nur Kranke gewählt wurden, die Tag und Nacht

---

[1]) Aus der Landesheilanstalt Alt-Scherbitz (Direktor: Sanitätsrat Dr. *Braune*).

unter Wache standen. Es konnten daher sämtliche Anfälle registriert werden.

Namen	70 Tage Brombehandlung	70 Tage Xifalmilch-behandlung	70 Tage Xifalmilch- und Luminalbehandlung	70 Tage Luminalbehandlung
1. Fe.	14 Krampfanfälle	26 Krampfanfälle	16 Krampfanfälle	21 Krampfanfälle
2. We.	10 "	21 "	5 "	5 "
3. Sche.	38 "	90 "	8 "	8 "
4. Rr.	32 "	37 "	18 "	9 "
5. Hu.	55 "	79 "	19 "	25 "
6. Je.	14 "	14 "	2 "	4 "
7. Mr.	29 "	39 "	11 "	32 "
8. Thg.	29 "	29 "	11 "	23 "
9. Ge.	13 "	16 "	6 "	0 "
Summa	234 Krampfanfälle	351 Krampfanfälle	96 Krampfanfälle	127 Krampfanfälle

Aus der Betrachtung der Tabelle ergibt sich, daß bei den Kranken, denen daß Brom vorher langsam entzogen worden war, unter der Behandlung mit Xifalmilch allein die Zahl der Anfälle durchschnittlich um 50% zunahm. Sobald Xifalmilch mit Luminal kombiniert gegeben wurde, sank die Anfallszahl um 75% herab. Bei bloßer Luminalbehandlung stieg die Häufigkeit der Krampfanfälle wieder um 32% an. Dadurch, daß 9 Kranke während einer Zeitspanne von 280 Tagen unter die gleichen Bedingungen gesetzt werden konnten, glaubte ich, Beobachtungsfehler nach Möglichkeit mildern zu können, welche darin liegen, daß bei Epileptikern gelegentlich spontane Besserungen und Verschlechterungen, die Zahl der Krampfanfälle betreffend, einzutreten pflegen. Die Versuchsreihe war mit einer viel größeren Krankenzahl begonnen worden. Aus mannigfachen, mehr äußeren Gründen schieden in der langen Beobachtungszeit mehrere Kranke aus. Bei 2 Fällen von chronischer Encephalitis (Economo) mit myostatischem Symptomenkomplex war eine Wirkung durch Xifalmilchbehandlung nicht ersichtlich.

Zusammenfassung: Die gleichmäßige Behandlung einer Anzahl schwerer und mittelschwerer Fälle von Epilepsie während einer längeren Zeit mit Brom, Xifalmilch, Xifalmilch in Kombination mit Luminal und mit der gleichen Luminalmenge allein ergab, daß unter der alleinigen Xifalmilchmedikation die Zahl der Anfälle im Vergleich zu bromisierten Kranken um 50% anstieg. Die Kombinierung von Xifalmilch mit Luminal zeigte kein auffallend besseres Ergebnis als die Behandlung mit Luminal allein.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

29. Sitzung des Nordostdeutschen Vereins für Neurologie und Psychiatrie am 10. Januar 1925 in der Nervenklinik Königsberg.

Anwesend: *Augstein*, *Baumm*, *Bongers*-Königsberg, *Dubbers*-Allenberg, *Goroncy*, *Günther*, *Hahn*-Kbg., *Hauptmann*-Allenberg, *Havemann*-Rastenburg, *Hoffmann*-Kbg., *Holthausen*-Tapiau, *Jacob*, *Klieneberger*-Kbg., *Krakow*-Tapiau, *Krebs*-Allenberg, *Kunze*, *Kutzinski*-Kbg., *Lullies*-Kortau, *Matthes*, *Meyer*, *Moser*, *Nippe*-Kbg., *Ortlep*-Tapiau, *Osterland*-Kbg., *Pietzsch*-Tapiau, *Powels*-Kortau, *Radtke*-Kbg., *Rothmann*-Elbing, *Schereiks*, *Schlubach*-Kbg., *Schütze*-Kortau, *Speiser*-Kbg., *Thiel*-Kbg., *Titius*-Allenberg, *Werner*-Kbg., *Witetzki*-Tapiau, *Zach*-Kbg.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung. Als nächster Versammlungsort wird Danzig festgesetzt.

E. Meyer: Bericht über die Prüfung der Methode *Fernald-Jacobsohns*. Ausgeführt von Herrn *Quadfasel*.

Die Arbeit von *Quadfasel* erscheint im Archiv für Psychiatrie.

E. Meyer: Bemerkungen zur Behandlung des Morphinismus, erschien in der Münchener Medizinischen Wochenschrift, 1925 Nr. 6.

E. Meyer stellt 3 Kranke mit Encephalitis lethargica vor. Der erste, jetzt 47 jährige, war vom 26. 4. bis 30. 5. 1918 schon in der Klinik. Er war damals erkrankt am 10. 4. 1918 mit Schwindel und Herzbeschwerden, Unruhe, Angstgefühl und Schwäche, sprach sehr wenig. Bei der Aufnahme war er äußerlich geordnet und orientiert. Er sprach leise, tonlos, erschien in der Haltung steif, fast unbeweglich. Der Gesichtsausdruck war starr, das Gesicht dabei gerötet, mit Schweiß bedeckt. Er gab an, daß er an Herzbeklemmungen besonders leide. Zeichen eines organischen Nervenleidens ergaben sich nicht. Auffallend war die starke Speichelabsonderung. Pat. erschien am Tage sehr hilflos, mußte gefüttert werden, schien für nichts Interesse zu haben. Nachts war er auffallend lebhaft, ging umher, machte sich sein Bett zurecht. Am 18. 1. 1925 wurde er wieder aufgenommen. Er wie seine Frau gaben an, daß er nach der Entlassung sich sehr gebessert habe, doch hatten im linken Arm und Bein noch Schwäche und Zittern bei Bewegungen bestanden. In den letzten zwei Jahren habe sich der Zustand sehr verschlimmert, die Bewegungen wurden langsam, das Zittern trat deutlicher hervor, die Haltung wurde steif. Jetzt fand sich das deutliche Bild des Parkinsonismus. *M.* weist darauf hin, daß seinerzeit die Diagnose Dementia praecox am meisten

erwogen wurde, doch habe es sich unzweifelhaft um den Beginn der jetzt sicher vorhandenen Encephalitis lethargica gehandelt. Der Fall sei bemerkenswert, weil von Encephalitis lethargica in Deutschland sonst noch nichts beobachtet war. Die beiden anderen Fälle haben gemeinsam eine Schwäche der Kaumuskeln, so daß der Unterkiefer herabhängt, bei dem einen in dem Maße, daß Pat. den Unterkiefer mit der Hand hochhalten muß. *M.* weist darauf hin, daß einige ähnliche Fälle in letzter Zeit in der Klinik beobachtet sind. Bei einer Kranken trat durch ein geringes Trauma eine Luxation des Unterkiefers auf der einen Seite ein.

Klieneberger: Über Choreapsychose.

Demonstration eines 18 jähr. Mädchens, das an chorea minor und fast gleichzeitig an psychotischen Störungen erkrankte, die anfangs einen symptomatischen, später einen ausgesprochen schizophrenen Charakter zeigten. — Besprechung zweier weiterer Fälle von „Choreapsychose", die gleichfalls schizophrenen Charakters von zahlreichen symptomatischen Zügen durchsetzt waren und schließlich restlos abklangen. Der eine Fall ist bisher (6 Jahre) gesund geblieben, der andere, ein damals 17 jähriges Mädchen, das während einer Choreapsychose (1909) in der Breslauer Nervenklinik behandelt wurde, nach 11 Jahren (1920) an einer ausgesprochenen und einwandfreien schizophrenen Psychose erkrankt, die in vieler Beziehung an die frühere „Choreapsychose" erinnert und nun schon seit Jahren Anstaltsbehandlung notwendig macht. —

Im Anschluß Erörterungen zur Frage des exogenen (symptomatischen) und des endogenen (also auch schizophrenen) Reaktionstypus. —

Ausführliche Mitteilung anderwärts.

Jacob demonstriert 1. einen Fall von extramedullärem Rückenmarkstumor: 19 jähriges Mädchen, Beginn der Erkrankung September 1924 mit Schmerzen in der r. Bauchseite, daher Oktober Blinddarmentfernung. In den folgenden Wochen zunehmende Gefühlsstörungen und Lähmungserscheiungen im l. Bein. Bei der Aufnahme: deutliche Parese beider Beine l > r mit leichten Spasmen, beiderseits Fußklonus, Babinski l +, Herabsetzung der Schmerz- und Berührungsempfindung am l. Bein vom 12. Dorsalsegment abwärts mit Aussparung des 4. und 5. Sakralsegments; ausgebreitete Störungen der Tiefensensibilität; Gelbfärbung des liquor cerebrospin. Im Laufe der Beobachtung transversale Ausbreitung des Prozesses, besonders der Parese und der Sensibiliätsstörungen. Sitz des Tumors: oberes Lenden- unteres Brustmark. Befund der am 19. 1. 1925 ausgeführten Operation: Weiche Geschwulst in Höhe des 9.—10. Brustwirbels: Perivaskuläres Sarkom.

2. Fall von Dercum'scher Krankheit: 62 jährige Frau, von Geburt blind; Beginn der Erkrankung vor 18 Jahren mit einer Grippe, im Anschluß daran Schwächerwerden der Beine und Gewichtszunahme. Seit 5 Jahren Verschlimmerung, kann seit 3 Jahren nicht mehr gehen: Sehr starke Frau, Gewicht 205 Pfd. Fettansammlungen, besonders in Hüft- und Oberschenkelgegend; stark druckempfindlich; Neigung zu Ekchymosenbildung; Hände und Füße rel. klein. Kann nicht stehen und gehen; Fehlen der Kniesehnenreflexe. Therapeutische Versuche ohne Erfolg.

Goroncy-Königsberg demonstriert einen jugendlichen Masochisten. Der 16 jährige Junge hatte einen 8 jährigen Schüler veranlaßt ihn an etwa 14 Tagen mit einem Stock auf das Gesäß zu schlagen und die dadurch entstandenen Striemen zu besehen und zu befühlen. Er hat ferner den 8 jährigen Schüler und einen 5 jährigen Knaben vor und nach diesen Szenen zärtlich an sich gedrückt und einmal, wie beobachtet wurde, dem Kleinen an die Geschlechtsteile gefaßt. Es erfolgte Anklage wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses, weil die Vorgänge auf einem Hofe bezw. in einer Laube stattfanden. Der Angeklagte ist unterentwickelt, leicht schwerhörig, hat geringe Zeichen von Rachitis. Intellektuell zeigt er mindestens durchschnittliche Begabung. Psychopathische Züge sind in nennenswertem Maße nicht vorhanden. Wegen seiner Schwächlichkeit ist er ohne Beruf. Weder in der Schule noch sonstwie ist er aufgefallen. In dem Gutachten wurde auf entsprechende Fragen des Richters ausgeführt, daß die Handlungen als sexuelle aufzufassen wären, wofür die erwähnten Zärtlichkeiten, das Bestreichen und Befühlen der Striemen und das Anfassen der Genitalien spricht. Daß diese Handlungen bewußt sexuelle waren, konnte nicht mit Sicherheit bejaht werden; denn einerseits war er zweifellos über geschlechtliche Dinge auffallend unorientiert, andererseits konnte nicht nachgewiesen werden, daß seine eigenen Genitalien irgend eine Rolle dabei spielten. Daß er bei seinen Handlungen auf den Hof und vor allen Dingen in die Laube ging, braucht nicht zu beweisen, daß er bewußt unzüchtig verfuhr. Es geht daraus mit Sicherheit nur hervor, daß er ein Gefühl für das Unpassende seines Verhaltens hatte. Mit Sicherheit ist auch zu sagen, daß er durch die Züchtigungen ein Vergnügen empfunden hat, einmal durch die Tatsache, daß er sich so oft hat schlagen lassen, des weiteren durch die glaubhafte Angabe des 8 jährigen Jungen, ihm hätte der Angeklagte als Erklärung für seine Handlung gesagt, es wäre ihm recht angenehm und er dächte dabei an die Prügel, die er in der Schule erhalten hätte, insbesondere aber auch noch der Umstand, daß er dem Kleinen Geld versprochen hat, wenn er ihn sehr schön schlage. Die Fragen aus § 3 JGG. wurden bejaht. Der Angeklagte wurde freigesprochen, und es wurde die Schutzaufsicht über ihn verhängt.

Augstein-Königsberg berichtet an Hand eines Falles über Nystagmus rotatorius. In seinem Falle war dieser Nystagmus einziges objektives Zeichen und war vom Vorgutachter für ein Zeichen organischer Nervenerkrankung gehalten worden.

Günther: Zur Frage der Alkoholhalluzinose (Demonstration). 40 jähr. Arbeiter Franz P. 1913/14 und Ende 1924 in hiesiger Klinik in Behandlung. Erregungszustände, Beziehungsideen, physikalische Beeinträchtigungsvorstellungen, eigenartige groteske Sensationen und Gefühlshalluzinationen, Ängstlichkeit bei völliger Orientiertheit und Besonnenheit, meist episodenartig im Zusammenhang mit Alkoholexzessen, jedoch nie ganz frei von wahnhaften Vorstellungen und Halluzinationen. Im übrigen ungeniert, uneinsichtig, abgestumpft, Herabsetzung der intellektuellen Fähigkeiten und der Merkfähigkeit, alkoholische Stigmata.

Moser: Über Exhibitionismus. *M.* betont die Seltenheit exhibitionistischer Akte bei Epileptikern und Psychotikern überhaupt. Weitaus

das Hauptkontingent der Exhibitionisten bilden die Psychopathen. Der Exhibitionismus ist also ein in erster Linie psychopathisches Stigma. Exhibitionistische Tendenzen bei der Frau sind durchaus häufig, werden jedoch nicht genügend als solche bewertet. — (Erscheint demnächst ausführlich an anderer Stelle.) *Jakob.*

---

18. Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater in Nürnberg am 26. und 27. Juli 1924.

Die Sitzungen finden im Luitpoldhaus statt.

Vorsitz: *Kundt*-Deggendorf, *Entres*-Eglfing, Schriftführer: *Mayr*-Eglfing.

Anwesend die Herren: *Bostroem*-München, *Bott*-St.-Getreu, *Brandl*-Haar, *Bumke*-München, *Caselmann*-Kaufbeuren, *Edenhofer*-Nürnberg, *Einsle*-Ansbach, *Ewald*-Erlangen, *Ficht*-Klingenmünster, *Grimm*-Nürnberg, *Heckel*-Ansbach, *Herfeldt*-Ansbach, *Hussel*-Ansbach, *von Hösslin*-Eglfing, *Kihn*-Erlangen, *Knehr*-Nürnberg, *Klüber*-Klingenmünster, *Kolb*-Erlangen, *Kunz*-Nürnberg, *Margerie*-Adlerhütte, *Müller*-Klingenmünster, *Oppermann*-Erlangen, *von Rad*-Nürnberg, *Reiss*-Mainkofen, *Resch*-Bayreuth, *Schwarz*-Bayreuth, *Stöckle*-Lohr, *Schuch*-Erlangen. *Sighart*-Günzburg, *Specht*-Erlangen, *Tannenwald*-Nürnberg, *Then*-Erlangen, *Utz*-Gabersee, *Vierzigmann*-Regensburg, *Zierl*-Regensburg.

1. Sitzung.

Vorsitzender *Kundt* begrüßt die Erschienenen, darunter zahlreiche Gäste, *von Rad* bewillkommt im Namen der Nürnberger Ärzteschaft die Anwesenden und gibt einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Versorgung psychiatrischer Fälle in Nürnberg.

Vorsitzender erstattet hierauf den Jahresbericht. Im Jahre 23/24 sind im Vereine 5 ordentliche Mitglieder aufgenommen worden, 2 sind ausgeschieden, davon Direktor Dr. *Weyermann*-Kutzenberg durch Tod. Der Mitgliederbestand betrug am 26. 7. 24 123 Mitglieder, darunter 2 Ehrenmitglieder und 1 außerordentliches Mitglied. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren des Verstorbenen.

Es folgt dann das Referat von *Hösslin*-Eglfing: Die Krankenpflegeschulen an den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten (erschienen in der Zeitschrift für Psychiatrie, 81. Band).[1]

Diskussion: *Kolb*-Erlangen: Ideal wäre ein gleichmäßig in der allgemeinen Krankenpflege und in der Irrenpflege ausgebildetes Irrenpflegepersonal. Das verbieten nunmehr die Verhältnisse. Bei der bewilligten Pflegerquote fehlt manchen Anstalten die Möglichkeit, das Personal ohne Überlastung für den Unterricht frei zu bekommen. Es fehlt den Ärzten an manchen Anstalten die Zeit, Irrenpflege und Krankenpflege zu lehren. Der Pflegerabbau hat vielfach die Pfleger, soweit sie nicht schon etatsmäßige Beamte sind, beseitigt. Die Pflegerinnen, die für die

---

[1] Anmerk. des Herausgebers: In demselben Band sind die sehr beachtlichen Pflegerschulen in Sachsen von den Gebrüdern *Naumann* dargelegt.

Ausbildung demnach späterhin fast ausschließlich in Frage kommen, scheiden trotz Prüfung meist nach einigen Jahren wieder aus, ohne nachhaltige Stützen für die Anstalt und — wenn sie auch allgemeine Krankenpflege gelernt haben — nicht ohne Gefahr für die Allgemeinheit. Die Zeitverhältnisse werden uns zwingen uns im wesentlichen auf Ausbildung und Prüfung in der Irrenpflege zu beschränken und in jeder Anstalt höchstens etwa 10 % stabile, in der Krankenpflege voll ausgebildete Pflegepersonen beider Geschlechter in Vorrückungsstellen vorzusehen, die ihre Ausbildung tunlichst in der Irrenanstalt erhalten sollen. Ich sage nicht, daß wir diese Entwicklung fordern sollen, aber ich glaube, daß die Zeitverhältnisse sie uns aufzwingen werden.

Sighart-Günzburg: möchte betonen, daß nach den praktischen Erfahrungen Liebe zum Beruf und angeborenes Geschick zur Krankenpflege beim Personal den Vorteil der Kursausbildung überwiegt.

Schuch-Erlangen: schließt sich dem Referenten im allgemeinen an, betont das Plus der Spezialausbildung gegenüber dem nicht zu leugnenden Minus der allgemeinen Krankenpflegeschulen.

Brandl-Haar: verlangt für künftige Krankenpflegekurse eine sorgfältige Prüfung der Schüler nach bisherigen Leistungen in der Anstalt und nach Schulbildung, um ungeeignete Elemente von vornherein von der Krankenpflegeschule fernzuhalten, ferner die Schaffung von Hilfslehrkräften zur Unterstützung des Lehrers durch Ausbildung von geeigneten älteren Pflegern bezw. Pflegerinnen in einzelnen Disziplinen in einem Krankenhaus.

Utz-Gabersee: Ich stimme dem Antrag des Referenten nach Einführung eines eigenen Irrenpflegerlehrganges völlig zu u. a. auch deshalb weil ich die Anforderungen der Min.-Bek. über den Kr.-Pflegelehrgang nicht nur für die Irrenpfleger, sondern auch für die freien Krankenpfleger für viel zu weitgehend erachte. Wir schaffen dadurch nicht Krankenpfleger, sondern Halbmediziner mit der Gefahr des Kurpfuschertums.

Die Zweiteilung des Pflegepersonals nach dem Vorschlag *Kolbs*, der 10 % des Personals allgemein ausbilden will, halte ich weder für zweckmäßig noch für nötig.

Schwarz-Bayreuth: Der beste Pfleger ist der frühere, wie er durch eine ausgedehnte Dienstzeit geschaffen wurde. Die Prüfung ist nur Ersatz für den Entgang der größeren Prüfung in der praktischen Tätigkeit.

Das Preuß. Lehrbuch ist zu umfangreich und der Stoff zu sehr verteilt. *Scholz* ist vorzügliche Unterlage, die allerdings erweitert werden muß.

Das Verhältnis der Pfleger zu den Kranken 1 : 6,2 bringt ermüdetes Personal in den Kurs. Herausziehen der Schüler aus den Abteilungen ist nicht möglich.

Klüber-Klingenmünster: 1.) Zur Bemerkung *Kolb*: Diese ist wohl nicht so zu verstehen, daß 2 Klassen von Pflegepersonal geschaffen werden sollen, d. h. die Prüfung a) für den Irrenpflegedienst, b) für den staatl. Krankenpflegedienst, sondern: alle machen die Prüfung für den Irrenpflegedienst; aber einzelne tüchtige Pfleger(-innen) werden an einem Krankenhaus (Entbindungsanstalt) einige Zeit speziell ausgebildet (nicht geprüft) für allenfallsige Spezialbedürfnisse in der Anstalt.

2.) Zur Bemerkung *Utz*: Werden die Pfleger (-innen) wirklich so ganz hervorragend ausgebildet als allgemeine Krankenpfleger nach

preuß. Schema, so ist zu fürchten, daß sie später draußen kurpfuschen (Beispiele belegen das).

Reiss-Mainkofen: In Mainkofen nahm am 1. Kurs ein großer Teil des beamteten, älteren Personals freiwillig teil, das sich speziell theoretische Kenntnisse erwerben wollte. Auch von diesem Personal wurde das preuß. Lehrbuch als Ballast empfunden. Empfohlen wird das „Krankenpflegelehrbuch" von Oberregierungsrat *Gebhardt*, Landshut.

Kundt-Deggendorf: Für die Objektivität der Prüfungen spricht die Tatsache, daß der eine Prüfungskommissar, der Oberregierungsrat, doch auch die Pfleger der anderen Krankenpflegeschulen prüft. Die wesentliche Frage ist die: wollen wir 2 verschiedene Prüfungen, eine für die allgemeine Krankenpflege, eine für die Irrenpflege? Wenn ja, dann aber nur unter der Voraussetzung, daß bis zur Einführung der staatl. Irrenpflegeprüfung die bisherige allgemeine Krankenpflegeprüfung Voraussetzung für die Beamten-Anstellung unseres Pflegepersonals bleibt.

Resch-Bayreuth: Wir verlangen zu viel. Auch die übrigen Pflegerinnen (z. B. Säuglingspflegerinnen) werden meist theoretisch ausgebildet. Eine praktische Ausbildung in allen einzelnen Abschnitten geschieht auch in anderen Zweigen des Krankenpflegeberufes nicht.

Im Anschluß an die Diskussion wird von der Versammlung einstimmig folgende Resolution angenommen: Wir stehen nach wie vor auf dem Boden des Referates von *Vocke*, daß eine gründliche Ausbildung des Pflegepersonals in den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten stattfinden muß. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß eine Ausbildung des Pflegepersonals im Sinne der Vorschriften der staatlichen Krankenpflegeschulen, namentlich die praktische Ausbildung in den verschiedenen Sparten der speziellen Krankenpflege in Anbetracht des spärlichen Materials nicht ohne weiteres möglich, und daß es daher nicht gerechtfertigt ist, den Schülern nach bestandener Prüfung das Anerkennungsdekret als „staatlich geprüfter Krankenpfleger" auszuhändigen. Vorläufig wird man es bei dem bisherigen Modus belassen, indessen mit allem Nachdruck darauf hinweisen müsesn, daß für das Pflegepersonal an den Heil- und Pflegeanstalten eigene Lehr- und Prüfungsvorschriften erlassen werden, welche „die Pflege Geisteskranker" in den Vordergrund stellen. Nach besonderer Prüfung sollen die Schüler ein Diplom als „staatlich geprüfter Irrenpfleger" erhalten. —

Kihn-Erlangen: Die bisherigen Erfahrungen an der Erlanger Klinik mit der Infektionsbehandlung der Paralyse (erscheint im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten).

Diskussion: *Bumke*-München: *Bumke* berichtet über seine Leipziger Erfahrungen, die mit denen des Vortragenden übereinstimmen.

Specht-Erlangen: *Specht* ergänzt die Ausführungen des Vortragenden nach der klinischen Seite und betont, daß auch die an der Erlanger Klinik erzielten Erfolge, obwohl sie nicht so günstig aussehen, wie sie von anderer Seite in offenbar zu optimistischer Auffassung berichtet werden, zur Fortsetzung der Infektionstherapie ermuntern. Man wird bestrebt sein müssen, das in dieser Therapie angeschnittene Behandlungsprinzip weiter auszubauen.

von Hösslin-Eglfing: Auch nach meinen Beobachtungen scheint

sich der Verlauf der Paralyse in den letzten 20 Jahren geändert zu haben. Remissionen und Stationärbleiben der Erkrankung sind jetzt ungleich häufiger, als früher, doch ist es noch keineswegs sicher bewiesen, daß die Rekurrens- und Malariatherapie hierbei die wesentlichste Rolle spielt. Die allermeisten der von mir beobachteten Fälle remittierten ohne jeden therapeutischen Eingriff, umgekehrt zeigten die meisten behandelten Fälle keine Remission bezw. die Neigung, stationär zu bleiben. Diese Erfahrungen sprechen mehr für die Annahme einer veränderten Verlaufstendenz der Erkrankung überhaupt.

Küffner-Stuttgart: Seit etwa 1 Jahr werden die in das Bürgerhospital Stuttgart aufgenommenen Paralytiker mit Rückfallfieber (Spirochaetenstamm der Münchener Klinik) behandelt. Wesentliche Erfolge wurden, soweit sich bisher übersehen läßt, nicht erzielt. Zwischenfälle ereigneten sich nicht. Durch subkutane Verimpfung einer Gehirnemulsion von Rekurrensmäusen war es möglich, noch mehrere Wochen nach der Übertragung der Spirochaete auf die Mäuse beim Menschen vollwertige Infektionen hervorzurufen. Die Ersparnis an Tiermaterial war dadurch eine wesentliche.

Ewald-Erlangen: Ich möchte besonders darauf hinweisen, daß sich unter den malariabehandelten Fällen des Herrn K. 2 Paralytiker finden, die auf die Malariabehandlung mit einer 2. Remission reagierten, die sie viel weiter wiederherstellte, als die erste spontane Remission. Das dürfte doch für einen Erfolg sprechen. Wer Paralytiker so prompt und ausgiebig nach der Malariakur sich bessern sah, wie wir in einigen Fällen, der wird sich doch der Überzeugung nicht verschließen können, daß es sich hier um mehr als ein zufälliges Zusammentreffen handelt. Selbst bei Vermeidung jedes Enthusiasmus und bei ruhiger und kritischer Stellungnahme muß man doch anerkennen, daß die Malariabehandlung einen weiteren Fortschritt in der Paralysebehandlung bedeutet. — Die Fälle, von denen Herr *Küffner* sprach, beziehen sich nur auf Rekurrensbehandlung; ich glaube, daß man diese nicht ohne weiteres mit der Malariabehandlung vergleichen darf. Ich habe den Eindruck, daß die Malariabehandlung der Recurrensbehandlung überlegen ist.

Schlußwort *Kihn*: Vortragender weist auf die Schwierigkeiten in der Beurteilung der Erfolge hin. Vor allem wird die Forderung aufgestellt, daß alle statistischen Erhebungen sich nicht auf zu kurze Zeiträume erstrecken. Entgegen *von Hoesslin* und *Küffner* möchte Vortragender doch an positive Erfolge der Therapie mit Malaria und Recurrens glauben.

2. Sitzung.

Ewald-Erlangen: Bericht über 2 Encephalitiskranke mit „Schauanfällen“ und eigenartigen psychischen Störungen.

Nach kurzer Demonstration einer Amyostatikerin, die im Alter von 14 Jahren sich plötzlich im Sinne einer „Schizoidie“ charakterlich veränderte und infolge gleichzeitig bestehender Pupillendifferenz und träger Lichtreaktion gegenüber einer juvenilen Paralyse differentialdiagnostische Schwierigkeiten machte, bis nach ½ Jahr die amyostatischen motorischen Symptome den Befund klärten, und nach Demonstration eines Amyostatikers, der trotz vollkommenster motorischer Erstarrung,

schwerster Retropulsion usw. doch noch imstande war, unter Leitung der Hirnrinde den Handstand zu machen, wird zum Bericht über die beiden Encephalitiker (leichte Amyostatiker) mit „Schauanfällen" übergegangen. Der erste Kranke bekam 2 Jahre nach seiner Grippe, nachdem schon 1 Jahr amyostatische Störungen bestanden, alle 4—5 Tage eigenartige Zustände, denen er den Namen „das Schauen" gab. Dabei dreht es ihm den Kopf und die Augen langsam nach links, er vermag zwar mit einer besoderen Willensanstrengung von Zeit zu Zeit Kopf und Augen gerade zu richten, aber nach wenig Sekunden zieht es Kopf und Augen wieder in die Linksstellung. Das dauert stundenlang, bis er einmal darüber geschlafen hat, und er hat schon oft halbe Tage mit linksgewendetem Kopf und Augen gesessen. Es ist kein Krampf, sondern ein „Zwang". Die Zustände leiten sich mit einer depressiven Stimmung ein, dann wird er ganz apathisch, gibt nur selten und auf wiederholtes Fragen Antwort, es ist ihm höchst unangenehm, wenn man in ihn dringt, „laßt mich zufrieden, ich bin in einer anderen Gedankenwelt". Das Bewußtsein bleibt völlig klar, nur sein Denken ist beherrscht von einem eigentümlichen und höchst komplizierten Denkzwang, der den Ausgang seiner Erkrankung betrifft. Er hat sich ein kompliziertes System ausgedacht, mittels dessen er die Dauer seines Leidens herausorakeln will. Er lacht über diese Zwangsgedanken, wenn er sich nicht im Zustand des Schauens befindet, unterliegt dem Zwang aber bei jedem neuen Anfall. Er kann Schauen und Denken unter Aufwand von Willensenergie, besonders in Gegenwart Dritter, unterbrechen, verfällt aber beidem sofort wieder nach 1—2 Minuten. Der zweite Kranke hat „das Schauen" ebenfalls schon seit einigen Jahren. Es trat vier Jahre nach der Grippe gleichzeitig mit leichten amyostatischen Störungen auf, vorher machte er mehrere schwere Umdämmerungen und einen an Halluzinationen ungemein reichen delirähnlichen Zustand von 1 Tag Dauer durch mit auffallender Klarheit der Bewußtseinslage (er schrieb seine Halluzinationen während des deliranten Zustandes teils stenographisch, teils kurrent nieder, stand weitgehend über seine Geistesstörung). Die Schauanfälle verlaufen fast genau wie bei dem vorigen Kranken, doch dauern sie meist nicht über 2—3 Stunden. Auch er wird sie eigentlich nur durch Schlaf los. Sie treten bald täglich, bald nur aller acht Tage auf. Das Bewußtsein ist klar, er ist apathisch, zuweilen zwischendurch konvulsivisches Weinen, dann wieder Apathie. Er klagt gleich dem anderen Kranken über Konzentrationsunfähigkeit und zwangsmäßiges Verfolgen der Worte, die in seiner Umgebung gesprochen werden, ohne daß er sie sinnvoll zusammenbringen könne; doch hat er keinen eigentlichen Denkzwang. Beide Kranke wurden bisher immer für Hysteriker gehalten, sämtliche Suggestivversuche schlugen natürlich fehl. Es wurden die Beziehungen und Ähnlichkeiten der Symptomenbilder zum Symptomenbild der Epilepsie und Katatonie besprochen. (Ausführliche Veröffentlichung in Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

Diskussion: *von Rad*-Nürnberg: berichtet über zwei ähnlich gelagerte Fälle, bei dem einen, bei dem die Anfälle nur wenige Stunden anhielten, bestanden keine ausgesprochenen psychischen Störungen, nur eine Erschwerung der Auffassung und der sprachlichen Äußerung. Beim zweiten Fall ging den Anfällen stets eine sich gleichbleibende Aura,

bestehend in Druck in der Augengegend und Zuckung der Augen voraus. Die Anfälle hielten ca. 6—8 Stunden an, gingen anfangs mit starker psychischer Erregung einher, die dann von schweren deliranten Zuständen gefolgt war. Beachtenswert ist, daß jeder dieser Anfälle von einem mehrstündigen terminalen Schlaf gefolgt war.

Resch-Bayreuth: Zwei Fälle in Bayreuther Anstalt. Ein 18 jähriger junger Mann hat die Blickrichtung nach oben, klagt dabei über Herzdruck, hat beschleunigten Puls; im Anschluß an das Schauen gewöhnlich Erregung mit lautem gellenden Schreien und oft raschem Lauf durch den Krankensaal, bis er unbeweglich zusammenbricht. Oft greift sich Pat. mit der ganzen Hand in den Hals und sucht sich an der Rachenwand zu kratzen. Klagt über Durst.

Bostroem-München: hält namentlich die lange Dauer der Schauanfälle für etwas durchaus Neues aus der Symptomatologie der Encephalitisfolge.

von Rad-Nürnberg: Demonstration eines Falles von isolierter cerebraler Blasenstörung nach Trauma: 38 jähriger Mann mit belangloser Anamnese erhielt im November 1914 im Felde einen Kolbenschlag gegen den Hinterkopf, dabei keine äußere Verletzung, starke Benommenheit mit Amnesie. Seit der Verletzung unwillkürlicher Abgang von Urin und Stuhl, wiederholte neurologische und urologische Lazarettbeobachtungen ergaben keinerlei weitere krankhafte Veränderungen. Pat. mußte ständig Urinal und Windelhose tragen. Im Laufe der Zeit geringe Besserung, insbesondere Zurücktreten der Mastdarmincontinenz, sodaß Pat. seinen Beruf als Straßenbahnfürer wieder aufnehmen konnte. Im Januar 1924 Sturz von der Treppe mit Fall auf den Hinterkopf, keine Bewußtlosigkeit, jedoch Übelsein und sofortiges Erbrechen; seit dem wieder vermehrte Incontinenz mit Urin und Stuhl, sowie häufiges Erbrechen. Bei der Beobachtung im Krankenhause ständiges Abtropfen von Urin und Incontinenz mit Stuhl. Untersuchung ergab keinerlei weitere cerebrale Symptome, außer recht häufigem, typisch cerebralem Erbrechen. Röntgenaufnahme ergab nichts besonderes. Auf psychischem Gebiete außer beträchtlicher Herabsetzung der Merkfähigkeit keine Störungen, ruhiges Verhalten, gleichmäßig freundliche Stimmung, keinerlei Gemütslabilität. Pat. ist völlig frei von irgendwelchen Rentenbegehrungsvorstellungen, hat niemals um Erhöhung seiner keineswegs hohen Rente (40 M.) nachgesucht, obwohl er seine Stelle an der Straßenbahn nunmehr aufgeben muß. Eine funktionelle Blasen- und Mastdarmstörung ist daher auszuschließen, ebenso fehlen alle für eine spinale Laesion charakteristischen Erscheinungen; keine circumanalen Gefühlsstörungen, Erhaltensein der Erektion und Ejakulation, prompter Analreflex. Es bleibt demnach nur die Annahme einer isolierten Laesion des cerebralen Blasenzentrums übrig. Es muß durch den Kolbenschlag zu einer Blutung oder Quetschung dieser Stelle gekommen sein, beachtenswert ist die auffallende Verschlimmerung des Zustandes nach dem zweiten Trauma, dem Sturz und das seitdem bestehende cerebrale Erbrechen.

Nach Erörterungen der verschiedenen Lokalisationen des corticalen Blasenzentrums und des subcorticalen Blasenzentrums im vorderen

Thalamusabschnitt wird darauf hingewiesen, daß die im vorliegenden Falle von Anfang an bestehende Incontinenz auf eine Laesion des subcorticalen Zentrums hinweist, da bei corticalen Herden Retentio urinae und hochgradige Erschwerung der willkürlichen Harnentleerung in der Regel beobachtet wird. —

Bumke-München: Über Paralysebewegungen in Deutschland (erscheint im Archiv für Psychiatrie).

Diskussion: *Kolb*-Erlangen: will versuchen, einen Beitrag zur Erklärung des Rückganges und der Differenzen der Paralyse zu liefern. Ein Rückgang der männlichen Paralysen in den ersten 10 Jahren nach dem Kriege war vorauszusehen. Von der männlichen Bevölkerung zwischen 20 und 40 Jahren sind im Kriege fast 15 % gefallen. Zu Syphilis neigen aktive und sorglose Menschen; diese stellen auch einen besonders hohen Prozentsatz zu den Toten; eine Abnahme der männlichen Paralyse um 20—25 % nach dem Kriege war daher zu erwarten. Damit stimmt überein, daß die von *Pilcz* veröffentlichte vorzügliche Statistik der Paralyse in den Wiener Anstalten bei den Männern eine sehr starke, bei den Frauen nur eine geringe Abnahme zeigt. Ein Vergleich der Paralysehäufigkeit vor, während und nach dem Kriege wird außerdem erschwert durch die starke Verschiebung der Bevölkerung in der Zwischenzeit: allein im Jahre 1914 sind aus Berlin 460 000, 1915 410 000 Menschen fortgezogen gegenüber rund 320 000 und 300 000 Zugezogenen (vor dem Kriege rund 270 000 Fort- und Zugezogene); es ist durchaus möglich, daß solche lokale Verschiebungen lokale Änderungen der Paralysezugänge zur Folge haben. Im übrigen gibt die Berechnung nach Prozenten der Zugänge nur ein ganz unsicheres Bild von der Paralysehäufigkeit, zumal da die Zugangsziffern und Sterblichkeitsziffern im Kriege und nach dem Kriege von einer Anzahl außergewöhnlicher Faktoren beeinflußt wurden. Viel sicherer ist natürlich die Berechnung der Paralysemorbidität in Prozenten der Bevölkerung; dieselbe ergibt, daß in den letzten Jahren vor dem Kriege ein gewisser Stillstand in der Häufigkeit der Paralyseaufnahmen eingetreten ist. Beginnend 10 Jahre nach dem Kriege ist eine allmählich sich steigernde Zunahme der Paralyse zu erwarten, da allmählich die Wirkung der zahlreichen Kriegsinfektionen zur Geltung kommen wird, die nach 1918 in der Heimat, unterstützt durch die allgemeine Lockerung der Moral, sich auch auf das weibliche Geschlecht auswirkte.

Die Mehrzahl von uns praktischen Psychiatern wird wohl den Eindruck haben, daß die typisch expansiven Formen der Paralyse seltener, die dementen Formen wesentlich häufiger, die Remissionen häufiger und länger, die Fälle mit auffallend langer Dauer häufiger geworden sind; die Tatsache, daß die Paralyse eine relativ junge Krankheit ist, läßt solche Schwankungen verständlich erscheinen.

Schlußwort *Bumke*: Bumke wiederholt, daß die Schwankungen in Leipzig Frauen ebenso betroffen haben wie Männer. Die Erklärung, daß die Paralysekandidaten im Felde gefallen wären, genügt also nicht. Eine Berechung unter Zugrundelegung der Bevölkerungszahl wäre gewiß wünschenswert; sie wird sich aber für große Städte und für Industrie-

gegenden wie die Sachsens der großen Fluktuation der Bevölkerung wegen nicht ausführen lassen. —

von Rad-Nürnberg: Zur Frage der Bewußtlosigkeit im hysterischen Anfalle mit Bezug auf § 176,2, Str. G. B. Nach Erörterungen der Begriffe Bewußtlosigkeit und Willenlosigkeit im Sinne des § 176 und unter Hinweis auf das seltene Vorkommen geschlechtlichen Mißbrauches bewußtloser Personen wird über einen Fall von geschlechtlicher Vergewaltigung und Schwängerung einer leicht debilen Hysterica im Anfall berichtet. Verschiedene, einem Geständnis völlig gleichkommende Äußerungen des Angeklagten lassen hier keine andere Annahme zu, als daß tatsächlich während des ausgesprochen hysterischen Anfalles die geschlechtliche Vergewaltigung erfolgte. Alle anderen Annahmen, wie die bekannte Unzuverlässigkeit der Hysterischen, ihre Neigung zu falschen sexuellen Anschuldigungen, die oft infolge der krankhaft veränderten Bewußtseinslage erhöhte Mißdeutung halluzinatorischer Erlebnisse oder lokaler Sensationen scheiden völlig aus, auch die Möglichkeit, daß die Geschwängerte, die kurz vorher menstruiert hatte, sich nur bewußtlos gestellt hat, mit dem Verkehr einverstanden war und deshalb keinen Widerstand bot, muß unter Berücksichtigung des ganzen Sachverhaltes abgelehnt werden, nachdem das Mädchen bisher alle Versuche des Angeklagten sich geschlechtlich mit ihr einzulassen, energisch abgewehrt hat und ihr ein derartig durchtriebenes und raffiniertes Verhalten nicht zugetraut werden kann. Wenn auch bei der überwiegenden Mehrzahl der hysterischen Anfälle das Bewußtsein keineswegs erloschen und ein Konnex mit der Umgebung verbunden ist, so trifft das doch nicht allgemein zu und kommen doch andererseits in seltenen Fällen auch rein hysterische Anfälle zur Beobachtung, in denen es zu einer recht erheblichen Bewußtseinstrübung kommen kann, in der ebenso wie im hypnotischen Zustand die Möglichkeit einer geschlechtlichen Vergewaltigung gegeben ist.

(Der Vortrag soll ausführlich in der Zeitschrift für gerichtliche Medizin veröffentlicht werden.)

Diskussion: *Knehr*-Nürnberg hat die Kranke seinerzeit beobachtet und begutachtet und kam hierbei zum selben Schluß wie *von Rad*.

Entres-Eglfing: Die Kinder eklamptischer Mütter, ein Beitrag zur Lehre vom Geburtstrauma (erschien in der allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 81. Band).

Diskussion: *Mainzer*-Nürnberg stimmt auf Grund seiner Erfahrung dem Redner bei.

3. Sitzung.

Mayr-Eglfing erstattet den Kassenbericht. Einnahmen: 354 800 Papiermark. Ausgaben 20 900 000 002 760 Papiermark. Abgleichung Passiv = Rest: 20,9 Rentenmark. Die Rechnung wird von *Utz*-Gabersee geprüft und richtig befunden, dem Rechnungsführer Entlastung erteilt.

Vorstandswahl: Auf Grund des § 6 der Satzungen scheiden *Kundt* und *Mayr* nach 6 jähriger, *Wuth* nach 3 jähriger Tätigkeit aus. Zum Vorsitzenden wird *Vocke*-Eglfing, zum Stellvertreter *Bumke*-München, zum

Schriftführer *Entres*-Eglfing gewählt und zu dessen Stellvertreter *Wuth*-München wiedergewählt.

Oppermann-Erlangen berichtet über die Tätigkeit der Landeskommission, übt Kritik daran, daß dieselbe vom Ministerium in Frage Abbau nicht gefragt wurde. Für das ausscheidende Mitglied *Kraepelin*-München wurde *Specht*-Erlangen und als Ersatzmann *Bumke*-München in die Landeskommission gewählt.

Klüber-Klingenmünster dankt im Namen der Versammlung der scheidenden Vorstandschaft für ihre aufopfernde Tätigkeit. Als Ort der nächsten Tagung wird München bestimmt. Aus der Mitte der Versammlung wird der Wunsch geäußert, die Tagung zu einem früheren Zeitpunkte abzuhalten. Der Vorstandschaft wird es überlassen, im Benehmen mit dem deutschen Verein für Psychiatrie einen geeigneten Zeitpunkt festzusetzen.

Hierauf übernimmt *Bumke* für den neugewählten Vorstand den Vorsitz.

Strecker-Würzburg: Untersuchungen über das Wesen der Reichardtschen Hirnschwellung, die physikalischen Liquorverhältnisse bei der Leiche und das postmortale Quellungsvermögen des Gehirns. (Der Vortrag erschien ausführlich im Berichte über die Innsbrucker Tagung: Allg. Zeitschr. f. Psych., 81. Band, S. 433.)

Diskussion: *Bostroem*-München fragt an, ob es sich bei den untersuchten Gehirnen um organisch verändertes Material gehandelt hat. Er gibt weiter zu bedenken, ob die Wasseraufnahme bei Formolfixierung den Quellungsvorgängen bei der Leiche vergleichbar ist.

Kroiss-Würzburg: Die gesundheitlichen Folgeerscheinungen seitens des Gehirns und Seelenlebens im Anschluß an die Oppauer Explosionskatastrophe (erscheint im Archiv für Psychiatrie).

Diskussion: *Bostroem*-München: Neben den bekannten euphorischen Zuständen bei der Paralyse gibt es noch eine Reihe anderer organisch bedingter Störungen des affektiven Verhaltens im Sinne einer Euphorie. (Lues cerebri, Tumor cerebri, Vergiftungen etc.). Es handelt sich dabei um äußerst komplexe Störungen. Wesentlich dabei scheint eine leichte Bewußtseinstrübung zu sein, sowie eine affektive Unorientiertheit, die es den Kranken unmöglich macht, sich auf gegebene Situationen affektiv richtig einzustellen und so wechselnden Anforderungen gerecht zu werden. Dabei kommt es zu einer Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Verhalten des Kranken und dem, was der Außenstehende in der augenblicklichen Lage erwartet haben würde. Intellektuelle Ausfälle brauchen dabei keine Rolle zu spielen. Eine eigentliche, phänomenologisch nachweisbare Glücksstimmung pflegt jedoch keineswegs zu diesem Bilde zu gehören, dagegen gibt es offenbar selten Fälle, bei denen anscheinend primär ein Gefühl der Freude über die Kranken kommt. Über die näheren Ursachen dieser Störungen wird man nur Vermutungen äußern dürfen. In Betracht kommen Druckänderungen im Schädelinnern, dann aber auch toxische Einwirkungen.

Ewald-Erlangen: Herr B. räumt nach meiner Auffassung den Druckschwankungen eine zu große Bedeutung hinsichtlich der Entstehung der Euphorie ein. Es mag so etwas ja vorkommen, wir sehen aber unter Umständen auch eine Euphorie, die bei hohem Hirndruck bestand, im Anschluß an die Druckentlastung bei einer Lumbalpunktion schwinden. Ich neige mehr dazu, für die Euphorie eine toxische Komponente, eventuell im Sinne der *Bonhoeffer*schen Zwischenglieder, verantwortlich zu machen, und dann spielt die Veranlagung, die Disposition zum Reagieren mit deutlicher Vitalgefühlsbetonung, sicher auch eine nicht zu unterschätzende Rolle. *Mayr*-Eglfing.

Bericht über die Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau am 6. 12. 1924.

Chotzen demonstriert zwei Fälle Alzheimerscher Krankheit: 56 jähr. Mann, früher gesund. Keine Heredität. Mit 49 Jahren erkrankt, vorher lange Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Arbeitsunlust, Mattigkeit, Gedächtnisschwäche. Allmähliche Zunahme. Verkannte die Leute im Hause, erkannte 1918 seinen Sohn nicht mehr, desgl. die Tochter, als sie einmal 14 Tage verreist war. Konnte sich nicht mehr richtig anziehen. Arbeitete noch bis 1920, machte aber schließlich alles verkehrt, nahm Sachen mit nach Hause, auch alles, was er auf der Straße fand (Steine u. ä.). Sprach nicht mehr.

Nov. 20. Situationsverständnis, beobachtet die Umgebung mit Interesse. Fortdrängen, dauernde Wiederholung des Fortverlangens mit immer denselben Worten. Sehr erschwerte Auffassung. Sprachverständnis stark vermindert, versteht nur teilweise und immer erst nach mehreren Wiederholungen. Große Gedächtnisausfälle. Einzelne Paraphasien und apraktische Entgleisungen. Bei Explorationen verlegen, sucht sich zu entziehen, Merkfähigkeit noch gut. Zählt genau die Tage des Aufenthalts in der Anstalt.

Langsamer Fortschritt. Spontansprache hört auf, reaktiv nur immer dieselben wenigen alten Sätze, zuletzt fast ganz stumm. Fügt sich in Umgebung unauffällig ein, aber für sich, kann sich anderen nicht verständlich machen. Beobachtet noch, merkt sich, wer Tabak hat und dgl. Sonst hochgradige Unklarheit und Verständnislosigkeit. Körperlich und serolog. o. B. In letzter Zeit ab und zu Schwindelanfälle.

2. 65 jährige Frau, mit 59 Jahren erkrankt. Früher gesund. Von Heredität nichts bekannt. Allmähl. Gedächtnisverlust. Sprachverständnis und Sprachvermögen ließen nach. Las nicht mehr. Konnte nicht mehr wirtschaften, wollte Salat kochen und dgl. Erkannte Bekannte nicht mehr, fand sich auf Straßen nicht mehr zurecht. Meist untätig. Einmal Schwindelanfall. — Juli 23 in Anstalt unorientiert. Ungefähres Situationsverständnis. Fügt sich gut ein, drängt aber fort. Eintönige Wiederholung derselben Redensarten und Melodien. Beobachtet Umgebung mit Aufmerksamkeit und Interesse. — Faßt schwer auf; sprachliches Verständnis hochgradig erschwert, erst nach mehrmaliger Wiederholung versteht

sie einiges, anderes nicht. Schwere Gedächtnisausfälle. Wortamnesie. Spricht spontan nur wenige Sätze, diese aber richtig. Bei Exploration leichte Paraphasien. Spricht richtig nach, versteht aber das Nachgesprochene auch meist nicht. Liest verstümmelnd, schreibt sinnlose Buchstaben. Kann Gegenstände nicht benennen, erkennt auch ganz alltägliche nur zu einem Teil. Agnostisch und apraktisch.

Ganz gute Merkfähigkeit. Bei Wiederaufnahme nach zweiwöchiger Entlassung geht sie in altes Bett zurück, begrüßt frühere Bekannte. Merkt sich genau, wer sie hingestoßen hat (Schenkelhalsfraktur). — In ihren Produktionen immer eintöniger, stereotyper. Einfache motor. Stereotypien treten hervor. Singen einiger Töne mit unartikuliertem Text, Händeklatschen etc. Zunehmende Unklarheit, Sprachverständnis immer geringer, versteht jetzt fast gar nichts, spricht spontan kaum. Bei Unterhaltungsversuchen verlegen, stereotype Wiederholung derselben Worte oder Bewegungen. Besorgt sich noch. — Körperlich außer beginnender Senilität o. B. Serolog. frei. Blutdruck 130.

Das klinische Bild der *Alzheimer*schen Krankheit zeigt unbefangen betrachtet ganz wesentliche Unterschiede gegenüber dem der senilen Demenz: Das lange Erhaltenbleiben von Aufmerksamkeit und Interesse bei hochgradiger Herabsetzung des Verständnisses, das Erhaltensein einer Merkfähigkeit, die den Kranken Neuerwerbungen ermöglicht zu einer Zeit, wo sie die nächsten Angehörigen, die einfachsten Gegenstände und Worte nicht mehr kennen; ein gewisses Situationsverständnis mit angepaßtem Verhalten und Ausbleiben der eigentlich senilen Desorientierung, der Verfälschung der Umwelt, ebenso der Confabulationen, Delirien und sonstigen psychot. Syndrome der senil. Demenz, dafür Hervortreten der einfachen sprachlichen und motorischen Stereotypien, die mit zunehmender Unklarheit und Verständnislosigkeit das Ende des Krankheitsverlaufs meist beherrschen. Dazu der eigenartige Affekt, der aus dem Gefühl ihrer Unzulänglichkeit entspringt. Und schließlich die Art des Gedächtnisschwundes selbst, der im Gegensatz zu der erhaltenen Merkfähigkeit frühzeitig die elementarsten Erinnerungsbilder zerstört. Umgekehrt wie bei der senilen Demenz wird hier von vornherein der älteste und festeste Besitz fortgenommen in anfangs fleckweisen Ausfällen, die sich allmählich ausbreiten bis zu völligem Sprachverlust, Agnosie und Apraxie.

Alles das bewirkt, daß sich die differentialdiagnostischen Erwägungen in allen Stadien des Krankheitsverlaufs viel mehr auf andere organische Prozesse einschließlich der Paralyse richten, als auf die senile Demenz. Mit einem Alterungsprozeß, auch einem partiellen, wie *Stertz* annimmt, steht die erhaltene Merkfähigkeit im Widerspruch.

Trotzdem der gleiche anatomische Befund! Indessen schon *Stertz* machte geltend, daß die gleiche Lokalisation nicht die gleiche Symptomatologie verlangt, weil dennoch andere funktionelle Systeme betroffen sein können. Aber schließlich braucht der gleiche Befund auch nicht die gleiche Ursache zu haben. *Kehrer* kommt in seinem Übersichtsreferat (Zeitschr. f. d. gesamte Neur. und Psych., Bd. 25, 1921) zu dem Schluß, daß Herkunft und Wesen der Drüsenbildung noch nicht geklärt sind und daß auch die Fibrillenveränderung nicht unter allen Umständen als senil

anzusehen sein dürfte; er zieht mit *Schnitzler* atypische klimacter. Vorgänge mit unbekannten Stoffwechselvorgängen zum Vergleich heran.

Bei unbefangener Würdigung des klin. Bildes und Verlaufs kann man die *A.*-sche Krankheit nicht als atypische senile Demenz auffassen, sondern muß einen andersartigen Prozeß mit anderem Verlauf annehmen, wie das auch *Kräpelin* durch ihre Scheidung von den senilen und Zuteilung zu den präsenilen Formen tat.

Aussprache: *Kehrer*, *Wollenberg*. —

Häfner demonstriert zwei Kranke, deren Psychosen trotz äußerer Ähnlichkeit sich strukturanalytisch als vollständig wesensverschieden erweisen und zugleich die wechselseitigen und sich durchkreuzenden kausalen Beziehungen zwischen Co-Vergiftungen und Psychose erkennen lassen.

Fall 1: Sensitive und asthenische Psychopathin, die durch widrige Schicksale und Milieu in eine gereizte Verstimmung mit ängstlich-paranoiden Gedankengängen hineinglitt. Schwere Leuchtgasvergiftung in suicidaler Absicht löschte zunächst ihre Psychose aus. Nach vierwöchigem Intervall plötzlich delirante Verwirrtheit, Unsauberkeit. Nach Internierung amnestischer Komplex mit Einschluß der ursprünglichen Psychose in den Gedächtnisausfall, delirante Episoden. Allmählich Aufhellung der Amnesie für die praetoxische Psychose, Verquickung von psychotischen Erlebnissen vor und nach der Vergiftung, schließlich Verschwinden der deliranten Erlebnisse, aber noch Gedächtnisausfälle für persönliche Daten.

Fall 2.: Ethisch defekte Psychopathin mit Neigung zu psychogenen Reaktionen. Vor 14 Jahren in Untersuchungshaft wegen Abtreibungsverdacht. Vor ½ Jahr aus dem gleichen Grunde gerichtliche Vernehmungen; anschließend Verfolgungsideen im Sinne ihres schlechten Gewissens, phantastisch ausgeschmückt und in halluzinatorische Form gekleidet. Nach geschickt inszeniertem Suicidversuch (Leuchtgas) ohne ernsthafte Vergiftungserscheinungen Anstaltsaufnahme. Dort gute Erinnerung an die ursprüngliche Psychose und Fortbestehen derselben, aber Gedächtnisausfälle im Sinne der Pseudodemenz.

Vortragender betont zu Fall 1 das wochenlange Verschwinden der ursprünglichen paranoiden Psychose unter toxischem Einfluß und die zeitweilige Mischung exogener Reaktionsformen mit Wahngebilden der praetoxischen Psychose im Gegensatz zu guter Erinnerung gerade an die letzten (psychotischen) Erlebnisse vor der Co-Vergiftung einerseits, Ausfall primitivster Kenntnisse andererseits (Pseudodemenz) bei Fall 2, der mit toxischen Einflüssen gar nichts zu tun hat, in den Rahmen der (im engeren Sinne) psychogenen praetoxischen Geistesstörung sich aber zwanglos einfügt.

Aussprache: *Kehrer*, *Wollenberg*, *Sprengel*, *Foerster*.

Kehrer: a) Demonstration von Fällen mit circumscripter Neuritis solcher Nerven, deren Muskeln berufsmäßig dauernd übermäßig beansprucht werden; bei allen im Gegensatz zu den „professionellen Paresen" (*Oppenheim*) akuter Beginn unmittelbar nach einer starken Abkühlung mit Fieber, Paraesthesien, dann Anaesthesien, nach Wochen

als Resterscheinung Druckpunkte und Lähmung: 1. Fall: Parese der langen Fingerbeuger rechts bei einem Melker; 2. Fall: Isolierte Lähmung des Serratus anticus major (starker Schmerzpunkt an der Reizungsstelle des Thoracicus longus!) rechts bei einem Holzhacker; 3. Fall: Serratuslähmung rechts, leichte Parese in abgestufter Stärke von Supra- und Infraspinatus, Deltoideus, Latissimus dorsi und Biceps links bei einem Arbeiter, der dauernd schippt; 4. Fall: Neuritisch-algogene Parese im Bereiche des Suprascapularis, Atrophie im Infraspinatus, Supraspinatus, Druckpunkt unterhalb des Acromion bei einem Sportlehrer, der „zur Beseitigung" (!) rheumatischer Beschwerden besonders viel Tennis spielte. Auffällig bei allen eine mehr oder minder starke vasomotorische und hidrotische Labilität (Vasodilation, Hyperhidrosis etc.), die offenbar eine ätiologisch wesentliche Bedingung („Erkältung!") ist, insofern dadurch an der betroffenen Gegend eine feuchte Abkühlungszone geschaffen wird.

Aussprache: *Foerster*: bei derartigen Fällen wie überhaupt der Mehrzahl der Polyneuritiden wirken mehrere ursächliche Faktoren zusammen; die Begriffe: Erkältung, Refrigeration, rheumatisch sind nicht zu umgehen.

b) Demonstration von Körperbaubildern konstitutioneller männlicher Homosexueller mit seit frühester Kindheit bestehender Einstellung, die den Feminismus in Knochenbau und Körperformen, evtl. isoliert in bezug auf Haupthaarstruktur oder Haargrenzen zeigen; ferner von Bildern von „Pseudo- Hermaphroditen": 1. Person (von *L. Fraenkel* beschrieben) ganz weiblich bis auf rudimentären Penis und leeres Skrotum, das median eine kleine an eine Vagina erinnernde Grube zeigt, in die die Urethra mündet; einfach idiotisch, Schilddrüse dürftig, nichts Kretinistisches. 2. Febr. 1914 in der psychiatr. Klinik beobachteter Mann, der bis auf die kurze Behaarung in jeder Beziehung aussieht wie ein altes, körperlich abgenutztes Weib; Stimme, Penis, Skrotum wie die eines 12—14 jährigen zeigt; *Ludloff* wies s. Z. röntgenologisch einen spaltförmig verschmälerten Türkensattel und ein balkonartiges Vorspringen des Occiput nach, wie es *Klaatsch* bei bestimmten Australnegern fand (Hinweis auf die Unfruchtbarkeit derartiger anthropologischer Analogien). 3. Das äußere Genitale eines ganz männlich (bubenhaft) aussehenden 21 jährigen Riesen, dessen Bilder dann *Rosenthal* demonstriert, ist kümmerlicher wie das der zuerst gezeigten als Weib gehenden Person.

Rosenthal berichtet über den weiteren somatischen und den psychischen Befund des Pat. und demonstriert die Sippschaftstafel desselben, welche sich auf 6 Generationen mit über 120 Mitgliedern erstreckt (s. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 97, 148).

Aussprache: *Kehrer*, *Merguet*, *Wollenberg*.

Kehrer formuliert — auf Grund fremder und auch anderweitiger eigener Erfahrungen seinen Standpunkt dahin: Homosexualität, Pseudo- und sog. echter Hermaphroditismus sind wie alle übrigen Sexualsyndrome, die bei bestimmten Grenzläufern im Vordergrund des klinischen Interesses stehen, nur Prädilektionstypen aus der Fülle der bald mehr seelisch, bald mehr körperlich stärker betonten Variationen bezw. Mutationen in bezug auf das gegenseitige Verhältnis zwischen

den primären, sekundären, wenn man will auch noch tertiären Geschlechtsmerkmalen.

S. Fischer: Über einige psychologische Grundfragen der Psychopathologie. Die Psychologie, wie sie heute vorliegt, vermag dem Psychiater nicht das zu geben, was er von ihr fordert. Wenn der Psychiater sich deshalb seine Psychologie oder Psychopathologie allein zurechtzimmert, so werden und wurden seine Ergebnisse kaum angezweifelt, soweit sie sich auf die reine Beobachtung stützten. Da, wo die Erklärung einsetzt, oder die Erfahrungsquelle die Einfühlung ist, stehen die Ergebnisse auf schwankendem Boden. — Eine wissenschaftliche Fundierung der psychopathologischen Fragen erscheint durch Anwendung verschiedener Methoden für die verschiedenen Fragen möglich:

I. 1. Die Übertragung und Anwendung der Ergebnisse der experimentellen Psychologie zur Klärung mancherlei Probleme der allgemeinen Psychopathologie. 2. Die Anwendung der Methoden und Ergebnisse der experimentellen differentiellen Psychologie (insbesondere Testmethoden) für die Erforschung des einzelnen klinischen Falles.

II. Werden auf diese Weise einzelne Bausteine zusammengetragen, die in ein Kausalverhältnis zueinander gebracht werden, so steht dem nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung gegenüber die Erforschung der Sinnzusammenhänge. Wenn hier auch die Erfahrungsquelle die Einfühlung ist und nur sein kann, so dürfte zum mindesten eine Diskussionsbasis durch Einführung des Zweckbegriffes und Zweckzusammenhangs geschaffen werden, wie *Spranger* und vor allem *Tumarkin* es fordern. Jedenfalls ist es mit *Dilthey* abzulehnen, die Psychologie bezw. Psychopathologie als Kunst aufzufassen. — Gegen die Erforschung der Persönlichkeit durch Aufstellung von Typen bestehen keine wissenschaftlichen Bedenken, wenn, wie *Selz* gezeigt hat, diese Hypothesen sich nachträglich im logischen Begründungsverfahren als Voraussetzungen für den einheitlichen Zusammenhang darlegen lassen.

3. Für die Bestimmung der psychopathologischen Begriffe ist die Phänomenologie *Husserls* heranzuziehen, soweit die experimentelle Forschung nicht schon eine Klärung gebracht hat. *Kehrer* (Breslau).

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

IX.

Psychiatrische Tätigkeit in der Schweiz 1914—1923.

Zusammengestellt von **G. Ilberg.**

Aus vielen Anstaltsberichten geht hervor, daß Überfüllung eintrat; Neubauten waren ihrer Kostspieligkeit wegen aber nur in einzelnen Kantonen durchführbar. Nur Graubünden konnte 1919 eine neue kantonale Versorgungsanstalt in Realta eröffnen, wodurch Waldhaus-Chur erheblich entlastet wurde, auch wurde hier für ruhige alte Irre die Kuranstalt Rotenbrunn angekauft. St. Gallen konnte 10 neue Wachsäle für Unruhige durch Umbauten gewinnen. In Solothurn wurde 1921 das Pflegeheim Friedenau für leichte Formen von angeborenem und erworbenem Schwachsinn und ruhige Altersschwachsinnige eröffnet, was Rosegg entlastete. In den Bernschen Anstalten mußten 1921 viele Kranke wegen Überfüllung abgewiesen werden. Thurgau ließ 100 Kranke, für die kein Platz war, in der Privatanstalt Littenheid auf Staatskosten verpflegen. Der Anstalt Burghölzli nahm die Anstalt Rheinau eine größere Anzahl von Kranken ab. — Durch ein neues Sanitätsgesetz wurde in Aargau 1920 die Stelle eines Kantonsarztes geschaffen, zu dessen Pflichten auch die regelmäßige Inspektion der staatlich unterstützten und der Privatheil- und Pflegeanstalten sowie die Teilnahme an den Sitzungen von deren Aufsichtskommissionen mit beratender Stimme gehört. Im Kanton Waadt trat 1921 ein Gesetz in Kraft, nach welchem die Toxikomanen gesetzlich den Geisteskranken gleichgeachtet werden, sodaß man keine Schwierigkeiten hat, z. B. Kokainisten zu internieren. Im Kanton Zürich wurde 1921 in der Stephansburg eine Kinderabteilung mit 25 Betten für heilbare oder zu begutachtende Kinder eröffnet, wofür außer einem Assistenzarzt der Anstalt Burghölzli noch ein eigner Lehrer bewilligt wurde. Die Anstalt des Kantons Luzern St. Urban feierte ihr 50-jähriges Jubiläum. In den verflossenen 50 Jahren wurden hier 8400 Personen verpflegt, ca. 500 Männer mehr als Frauen; hiervon wurden 2000 geheilt, 3000 verließen die Anstalt gebessert, gestorben sind 1200, nicht geisteskrank waren 50. Von der Poliklinik der Anstalt Burghölzli wird berichtet, daß sie 1915 von 600 Patienten besucht wurde; Waisen- und Fürsorgeämter, Schulbehörden und Untersuchungsrichter schickten Patienten. Eine psychiatrische Poliklinik wurde 1923 in Basel-Stadt errichtet. Infolge Erhöhung der Verpflegungstaxe erfolgte 1921 in verschiedenen Kantonen eine beträchtliche Abwanderung der Patienten, auch in Luzern. Die Kranken wurden hier

teils in Armenanstalten, teils auch in Familien untergebracht. Über Erschwerung der Familienpflege wegen mangelnder Nahrungsmittel klagt auch Burghölzli; hier wurden arbeitsfähigen Kranken ganz oder teilweise bezahlte Stellen besorgt, auch wurden kleine Privatanstalten dazu benutzt, die Patienten allmählich an die Freiheit und selbständige Arbeit zu gewöhnen. In Aargau wurde die Möglichkeit zur Arbeitstherapie 1923 durch Aufstellung eines Handwebstuhls, Einführung der Papiertütenkleberei, Fabrikation von Teppichen aus Lederabfällen und durch Papparbeiten vermehrt. — 1916 erkrankten in Königsfelden 24 Personen an Typhus. Vier Bazillenträgerinnen wurden festgestellt. Die Infektion war wahrscheinlich von der Küche aus beim Gemüserüsten erfolgt. Die dreimalige Impfung sämtlicher Anstaltsinsassen mit Typhusserum hatte unverkennbaren Erfolg. Da aber die Typhusbazillenträgerinnen weiterhin Bazillen mit dem Fäces ausschieden, wurde ihnen die Gallenblase exstirpiert. Eine der Operierten starb, die anderen wurden dauernd bazillenfrei. Die Grippe befiel 1918 20 % der Bevölkerung und des Personals im St. Galler Asyl Wil, 21 Personen starben. 1920 erkrankten $^2/_3$ des Pflegepersonals und der Pfleglinge im Kanton Luzern an Grippe, 13 Personen starben an Lungenentzündung.

Die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Herisau im Kanton Appenzell wurde 1919 als zentrale Beratungsstelle für Trinker bestimmt. Im Aargau war die Gesellschaft für Trinkerrettung sehr tätig. Die Unterbringung und Arbeitsbeschaffung für entlassungsfähige Anstaltsalkoholiker sowie ihre weitere Überwachung übernahm der Blaukreuzagent als kantonaler Fürsorger. Vor Absolvierung einer Trinkerheilstättenkur wurden prognostisch zweifelhafte Fälle in Königsfelden (Aargau) beobachtet und begutachtet. Im Kanton St. Gallen stiegen die Aufnahmen wegen Alkoholismus um 50 %. 1923 betrugen die Alkoholikeraufnahmen 28 % der Gesamtaufnahmen. — Der Aargauer Hilfsverein für arme Geisteskranke erhielt ein ansehnliches Vermächtnis. Der Graubündener Hilfsverein zählte 1922 2665 Mitglieder; im Kanton Schaffhausen wurde der Hilfsverein 1921 neu organisiert, 2 Sekretärinnen wurden angestellt. Der Mitgliederbestand stieg von 300 auf 1300. Im Kanton Zürich hielt Professor *Maier* einen Kursus über Geisteskrankheiten und deren Behandlung bei Verbrechern und bei Transporten für das Polizeikorps der Stadt Zürich ab. Das männliche Wartepersonal des Kantons Luzern nahm fast zu $^2/_3$ an einem Kursus teil. In Basel wurde 1919 die 48-Stundenwoche für das Wartepersonal eingeführt, infolgedessen mußte letzteres wesentlich vermehrt werden. Aus St. Gallen wird berichtet, daß sich die 48-Stundenwoche nicht durchführen ließ, daß aber dem Wartepersonal hierfür eine Entschädigung in Geld zugebilligt wurde. Im Kanton Schaffhausen wurde ein Wärterverein gegründet, welcher die Abschaffung des Aufsichtsrechts der Oberwärter und des Kündigungsrechts des Direktors erstrebte. 1923 wurde in Solothurn eine Pensionskasse für Beamte und Angestellte eingerichtet, ebenso 1919 im Aargau, im letzteren bezahlt der Angestellte $^1/_3$, der Staat $^2/_3$ der Prämien. Bei Austritt innerhalb der ersten 5 Jahre erfolgt volle Zurückzahlung des eingezahlten Geldes. Die 1919 eingeführte Personalkommission schuf Vermehrung der dienstfreien Zeit und der Urlaube. Im Anstaltsbericht von Luzern wurde 1915 über die verschiedenen Auffassungen der Editions-

pflicht von Akten Geisteskranker und die daraus entstehenden Konflikte mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis berichtet.

Die Tätigkeit der Schweizer Irrenärzte tritt vor allem in den zahlreichen Vorträgen zutage, die im Schweizerischen Verein für Psychiatrie gehalten wurden. Bleiben wir hier zunächst beim Anstaltswesen, so sprach *Bertschinger* 1917 über die Anstalt Breitenau, *Morgenthaler* 1921 über: „unsere Stellung zum Wartepersonal“ und *Schiller* über die Arbeit in der Kommission für Anstaltsangelegenheiten. 1922 berichteten *Maier* und *Löpfe* über das erste Jahr der Kinderstation Stephansburg in Zürich, *Wolff* über den neuerrichteten Männerpavillon in der Anstalt Friedmatt und 1923 *Rudishauser* über Landerziehungsheime für nervöse Kinder. 1920 hielt *Ladame* einen Vortrag über die Geschichte des Vereins Schweizerischer Irrenärzte. Allgemeineren Inhalts waren die Vorträge, die gehalten wurden 1916 von *Sokolow* und *Szpakowska*: über das soziale Leben der Dementen, von *Rorschach*: über schweizerische Sekten und Sektengründer, 1919 von *Fankhauser*: über Lokalisation psychischer Funktionen, 1920 von *Zangger*: der Betriebsunfall und seine allgemeinen Beziehungen zur Psychiatrie, von *H. Maier*: Über Züchtung und Therapie psychischer Symptome bei Versicherten, 1921 von *Bleuler*: Schizophrenie und Militärversicherung, 1922 von *Koller*: Psychiatrisches aus alter Zeit, von *Mäder*: Psychopathologie und allgemeine Pathologie und von *Helpach*: über Erscheinungen und Entstehungsweise des physiognomischen Typus von Volksstämmen. Viele Vorträge waren psychologischen Inhalts, so 1918 von *Fankhauser*: über das Wesen der Affektivität und *Ch. Strasser*: über Schieberpsychologie, 1919 *de Montet*: physiologische Erklärung psychischer Phänomene, *Bleuler*: Abreagieren, *Rorschach*: über ein wahrnehmungsdiagnostisches Experiment, *H. Maier*: psychologische Versuche mit gewöhnlichem und koffeinfreiem Kaffee. 1920 sprachen *Bleuler*: zur Theorie der Halluzinationen, *Cloetta*: über die Wirkungsweise der Hypnotica, *Morgenthaler*: zur Psychologie des Künstlers, *L. Binswanger*: die drei Grundelemente des wissenschaftlichen Denkens bei *Freud*, 1921 *Sigg*: zur Psychologie des nervösen Tic, *Rorschach*: experimentelle Diagnostik der Affektivität, 1922 *Fankhauser*: über die theoretische Grundlage der *Rorschach*schen Psychodiagnostik, *Steck*: zur psychopathologischen und lokalisatorischen Bedeutung des Parallelismus der psychischen und motorischen Aktivität, *Jörger jun.*: Psychologisches zur Bündner Kräuterinitiative (eine Volksabstimmung in Graubünden hatte sich für die giftfreie Kräuterlaienpraxis ausgesprochen!), *Knoll*: experimentelle Untersuchungen über Aktivität und Ruhe bei Geisteskranken, *Christoffel*: Affektivität und Farben, *Minkowski*: psychologische Studien und phänomenologische Analyse schizophrener Melancholie. 1923 behandelte *Alice Descoeudres*: die Messung der Sprache des Kindes und *Christin*: die infantile Aphasie.

Viel befaßte man sich auch im vergangenen Jahrzehnt in der Schweiz mit der Psychoanalyse. 1917 hielten diesbezügliche Vorträge: *H. Maier* über die psychotherapeutische Behandlung durch Nichtärzte, *Schneiter* gab einen kasuistischen Beitrag zur analytischen Therapie, 1920 sprachen *v. Muralt*: über einige Träume aus der analytischen Praxis und *Bezzola* über das katarthische Heilmoment in der Empfindungsanalyse, 1922 *Boven*:

Alexander der Große in der Psychanalyse, *Oberholzer*: zur Auswertung des Formdeutversuchs für die Psychanalyse, *Mäder*: zwei Fälle von Paiderotose, ihre psychanalytische Behandlung und kriminalogische Auffassung, *v. Muralt*: zur Frage der Traumdeutung, 1923 *Christoffel*: über die gegenwärtige praktische Bedeutung der Psychanalyse für die Medizin und speziell für die Psychiatrie, *Flournoy*: über einige praktische Schwierigkeiten der Psychanalyse, *de Montet*: über Psychologie und Psychanalyse, *Bersot* über die psychanalytische Methode, *Ch. Strasser*: Kritik der Psychanalyse, *Mäder*: der Arzt als psychotherapeutischer Faktor in der Psychanalyse, *v. Muralt*: die psychanalytische Auffassung der Schizophrenie und *Tramer*: Kasuistisches zur psychodynamischen Beziehung von Psychanalyse und Schizophrenie. Mehrfach wurden auch anderweitige therapeutische Fragen erörtert. 1914 *Maier*: die Therapie der psychiatrischen Poliklinik, 1916 *Kläsi*: über einige psychiatrisch-neurologische Behandlungsmethoden, 1917 *Mahaim*: Behandlung der Paralyse mit Neosalvarsan; 1920 sprach *Notkin*: über Sauerstoffinjektion als Heilmittel in der Psychiatrie, *Kläsi*: über Somnifen, eine medikamentöse Therapie schizophrener Aufregungszustände, *Repond*: zur Therapie der Schizophrenie, *Demole*: über Behandlung eines Falles von Exhibitionismus und über Behandlung der dementia praecox mit Somnifen. 1921 erörterte *Bezzola* die psychotherapeutischen Indikationen für Hochgebirgskuren und 1922 *Brunner* die endolumbale Behandlung der Paralyse nach Gennerich.

Die Hauptarbeit der Schweizer Irrenärzte lag während der Berichtszeit auf dem Gebiete klinischer Psychiatrie. Hierüber wurden Vorträge gehalten von *Haymann*: über die körperlichen Zeichen bei geistigen Erkrankungen, von *L. Binswanger*: über psychologische Tagesfragen innerhalb der klinischen Psychiatrie, 1916 von *Kläsi*: die psychogenen Ursachen der essentiellen Enuresis nocturna infantum, *Bertschinger*: über Halluzinationen, *Jörger*: über unklares Denken bei Pseudologia phantastica und Verhältnisblödsinn, 1917 *Ladame*: religiöses Gefühl und Geisteskrankheit, 1919 *Christoffel*: über epileptische Ausnahmezustände und epileptische Verblödung, *Alikhan*: Fehlen des Geruchssinns bei Epilepsie, *A. Müller*: die Paralysefälle im Asyl Wil, *Dardel*: Selbstbeobachtungen eines Katatonikers, *Weber*: Internierungsdauer Schizophrener, *Boven*: individueller Charakter und Geistesstörung, *Repond*: Analyse eines Delirs, *v. Muralt*: ein geisteskranker Philosoph. 1921 behandelte *Wyrsch* die Frage der geographischen Verbreitung und poliklinischen Therapie der Epilepsie, *Fankhauser*: die Differentialdiagnose bei Schizophrenie, *Steck*: über Gelenk- und Muskelphänomene bei Schizophrenie, *Ch. Strasser*: der nervöse und psychotische Beziehungskranke, *Kläsi*: über die Systematisierung hysteriformer Symptome, *Repond*: der Einfluß der Menstruation auf den Verlauf der Psychosen. Im Jahre 1922 sprach *Hinrichsen* über reaktive Phasen bei dementia praecox, *L. Binswanger* und *Bleuler*: über Phänomenologie, *Kielholz*: zur Genese und Dynamik des Erfinderwahns, Frau *Morgenstern*: über Belladonnadelir und 1923 *Claparède* und *Boven*: über Kinderpsychopathologie und Psychiatrie, *Pfersdorff*: die Einteilung der Enfants arriérés und *Löpfe* über kindliche Schizophrenien.

Was den Alkoholismus anbelangt, so wurden hierüber Vorträge gehalten von *Preisig* und *Amadian* 1917: Sind die Alkoholiker Entartete?,

von *K. Binswanger* 1918 über schizophrene Alkoholiker und von *Bleuler* 1920: unsere Stellung zur Alkoholfrage. Über Kokainismus und dessen Ausbreitung in der Schweiz sowie über Symptomatologie und Bekämpfung des Kokainismus sprach 1916 und 1921 *H. Maier*.

Mehrfache Vorträge bezogen sich auf die Psychosen bei Grippe bezw. deren Folgezustände: *Walter* 1919, *Christoffel*, *Sigg* 1920, *Würth* und *Stähelin* 1921, *Naville*, *Petri* und *Stähelin* 1923. Die wichtige Frage der Errichtung einer Anstalt für postencephalitisch geschädigte Kinder wurde 1923 von *H. Maier* dargelegt.

Die psychischen Erkrankungen bei Militärpersonen und Internierten spielten in und nach dem Weltkrieg auch in der Schweiz eine Rolle. Es sprachen 1916 *Ch. Strasser*: über Unfall- und Militärneurosen, *Sigg*: über Erfahrungen im Nervenlazarett Tübingen, *Maier*: über psychische Gleichgewichtsstörungen bei Soldaten, 1917 *Veraguth* und *Brunschweiler*: über das psychogalvanische Phänomen bei einigen Kriegsverletzten, *Repond*: über Hysterie bei Kriegsinternierten 1919. 1918 trug *Jörger jun.* einige psychologische Beobachtungen bei Internierten und *Christoffel* über Depression im Zusammenhange mit nervöser Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern vor.

Den Zeichnungen Geisteskranker wurde besonderes Interesse entgegengebracht: *Morgenthaler* sprach 1917 über Zeichnungen von Gesichtshalluzinationen, *L. Binswanger* 1918 über zeichnerische Darstellung seelischer Zustände in einem Fall von Zwangsneurose, *Sigg* 1919 über das Zeichnen der Senilen, *Morgenthaler* 1921 über Paralytikerzeichnungen. 1921 trug *Prinzhorn* darüber vor, ob es schizophrene Gestaltungsmerkmale in der Bildnerei der Geisteskranken gibt, 1923 berichteten *Christoffel* und *Großmann* über Bildnerei normaler und anormaler Knaben.

In dem reichhaltigen Programm der gehaltenen Vorträge fehlte die forensische Psychiatrie selbstverständlich nicht. *H. Maier* sprach 1917 über die Stellung der Psychiatrie zu den Änderungen im Gesetzentwurf für ein schweizerisches St. G. B. und behandelte den Entwurf zum Schweizerischen St. G. B. von 1916 nochmals im Jahre 1918. *Kielholz* sprach über symbolische Diebstähle 1919, *Demole* berichtete 1921 über Simulation von Anfällen durch einen Paralytiker und *Vera Strasser* über Nervöse, Beziehungskranke und Haltlose im Verbrechen. Zur Kasuistik des Fetischismus sprach *Sigg* 1914, zur Differentialdiagnose zwischen angeborener und hysteriform erworbener Homosexualität *Kläsi* 1918, und über Masochismus und Kleptomanie *O. L. Forel* 1922.

Die Referate über alle gehaltenen Vorträge sind in den Protokollen der Sitzungen des Schweizerischen Vereins für Psychiatrie abgedruckt (Verlag des Art. Instituts *Orell Füssli*, Zürich).

Aus alledem wolle man erkennen, welch reges wissenschaftliches Leben im Schweizerischen Verein für Psychiatrie auch in den letzten 10 Jahren betätigt wurde, trotz des Weltkrieges, dessen Auswirkungen auch die neutrale Schweiz schwer bedrängten.

X.

Die 68. Versammlung des Schweizerischen Vereins für Psychiatrie

fand am 13. und 14. Juni 1925 in Kreuzlingen und Münsterlingen statt. Es waren etwa 80 Psychiater erschienen, von denen etwa 40 als Gäste aus Deutschland, Frankreich und Portugal gekommen waren. Die erste Sitzung wurde am 13. Juni im Sanatorium von Dr. *Binswanger* in Kreuzlingen abgehalten.

Zu Beginn der Verhandlungen überbrachte Obermedizinalrat Dr. *Römer*, Karlsruhe, den Gruß der badischen Regierung; er gedachte besonders dankbar der gastlichen Aufnahme und beruflichen Förderung, welche die deutschen und besonders die badischen Fachkollegen seit Kriegsende von dem Schweizer Verein für Psychiatrie unter Leitung des bisherigen Präsidenten Dr. *Repond* sowie vom Burghölzli erfahren durften, und erinnerte an die große Bedeutung der Züricher Schule namentlich hinsichtlich der Schizophrenielehre für den Ausbau der Irrenfürsorge.

Der Präsident des Vereins, Dir. *Repond*, Monthey, hielt in französischer Sprache einen Vortrag über „Wärter-Auslese und Ausbildung“. Die Lage des Personals sei in materieller Hinsicht günstig, lasse aber in anderer Beziehung zu wünschen übrig. Es rekrutiere sich meistens aus ganz ungebildeten Kreisen. Es sei viel zu wenig Interesse für den Beruf vorhanden und fehle jedes Standesbewußtsein. Der Wechsel des Personals sei noch erheblich, allerdings nicht mehr so stark wie vor dem Kriege, wo durchschnittlich auf 100 Posten jährlich ein Wechsel von 62 stattgefunden habe. Um diesen Mißständen zu begegnen, schlägt der Redner vor, daß das Personal systematisch in einer oder mehreren Schulen erzogen und ausgebildet werde.

Als Zweiter sprach Dr. *Morgenthaler*-Münchenbuchsee über einen Entwurf zu einer Schule für das schweizerische Pflegepersonal. Es handle sich im Prinzip darum, die neue Klinik der Anstalt Waldau bei Bern mit ihren etwa 200 Kranken und gegenwärtig etwa 42 Pflegepersonen als Pflegerschule einzurichten. Vom bisherigen Personal sollen als Kader fünf erfahrene und geeignete Pfleger und ebensoviele Pflegerinnen verbleiben und der Rest durch Schüler und Schülerinnen ersetzt werden. Aus dem so an Besoldungen eingesparten Gelde könnten die Stellen eines Arztes und einer Oberin geschaffen und die übrigen Auslagen für die Schule bestritten werden. Nach einem Jahr Ausbildung in der Schule solle die Prüfung stattfinden, doch solle die Diplomierung erst nach weiteren zwei Dienstjahren als vollbezahlte Pflegepersonen in einer zu bezeichnenden Anstalt erfolgen.

In der Diskussion zu diesen beiden Vorträgen wurde u. a. Bedenken geäußert, ob sich für die Pflegeschule genügend Schüler und Schülerinnen finden würden, es wurde der Vorschlag gemacht, der Psychiater-Verein solle eine Kommission bilden, welche die Prüfungen abhalte.

Obermedizinalrat Dr. *Römer* führte die Verhältnisse in Baden an, wo nach einem theoretischen Kurs von einem Jahr und einem Jahr weiterer praktischer Ausbildung das Diplom verliehen werde. Er halte eine Schule

in jeder Anstalt für zweckmäßiger als eine Zentralschule im Sinne Dr. *Morgenthalers*.

Direktor *Schiller*-Wil bemerkte, daß die Kurse für das Pflegepersonal immer mehr Anklang finden und daß durch sie das Berufsbewußtsein des Standes gehoben und dem Syndikalismus entgegengearbeitet werde. Der Verein solle die Bestrebungen von Dr. *Morgenthaler* unterstützen.

Als 2. Thema wurde von Direktor *Schiller*-Wil „Die Rekrutierung und ökonomische Stellung der Assistenzärzte an Irrenanstalten" erörtert. Die Irrenanstalten hätten Mühe, junge Schweizer Ärzte als Assistenzärzte zu finden, während diese Stellen besonders bei chirurgischen und gynäkologischen Kliniken begehrt wären. Das liege zum Teil an der Mode. Die chirurgischen Erfolge werden höher bewertet als die der Psychotherapie. Um dem Übel abzuhelfen, seien vor allem eine ausreichende Besoldung und gute Beförderungsaussichten notwendig.

In der Diskussion wurde außer der finanziellen Stellung der Assistenzärzte auch die Angliederung von Polikliniken an Irrenanstalten berücksichtigt, als ein wichtiger Faktor für die Ausbildung der Assistenzärzte. U. a. bemerkte Direktor *Frank*, daß sich mehr Assistenzärzte für die Irrenanstalten melden würden, wenn nicht nur an den Universitätskliniken, sondern auch an den Landesanstalten Polikliniken, freie Abteilungen zur Aufnahme von Neurosen und Kinderkliniken geschaffen würden.

Der 1. Sitzungstag schloß mit einer Besichtigung des Sanatoriums Bellevue in Kreuzlingen, das sich bereits seit drei Generationen im Besitze der Familie *Binswanger* befindet. Man kann ohne Übertreibung sagen, daß es zu dem Vollkommensten seiner Art gehört und seinen Weltruf durch Schönheit und Zweckmäßigkeit durchaus verdient.

Die 2. Sitzung fand am 14. Juni in der Irrenanstalt Münsterlingen statt (Direktor Dr. *Wille*).

Prof. *H. W. Maier*-Zürich hielt ein Referat über Sterilisation und Kastration von Geisteskranken.

Der Redner gab einen ausführlichen Überblick über die Entwicklung des Problems. Er wies darauf hin, daß bereits vor 20 Jahren im Schweizerischen Verein für Psychiatrie *Good* über dasselbe Thema referiert und 1910 ein „psychiatrisches Postulat an das schweizerische Strafgesetzbuch" aufgestellt habe: es sollten Bestimmungen über die Sterilisation in das schweizerische Gesetzbuch aufgenommen werden. Dieser Vorschlag sei aber bei weiteren Beratungen des schweizerischen Gesetzentwurfes zurückgewiesen worden. *Forel*, *Naecke* und *Schiller* hätten ebenfalls schon vor vielen Jahren auf die Sterilisation gewisser psychisch defekter Individuen zur Vermeidung minderwertiger Nachkommenschaft hingewiesen. Man habe es in der Schweiz schon damals gewagt, einige praktische Versuche durchzuführen. 1911 habe Referent selbst über die Verhältnisse in Amerika publiziert, über die weitere Entwicklung dieser Bestrebungen in Amerika habe 1922 *Laughlin* geschrieben. *Oberholzer* habe 1911 19 Fälle veröffentlicht, bei denen die Sterilisation oder Kastration ausgeführt resp. vorgeschlagen worden sei. *S. Frank* habe kürzlich einen Teil dieser Fälle nachuntersucht und weitere Fälle beschrieben. Seine Arbeit betreffe 21 männliche und 22 weibliche Patienten, von den Männern seien die Mehrzahl wegen Sittlichkeitsdelikten kastriert worden. Man sei bei der

Auswahl der Fälle sehr vorsichtig gewesen. Das Resultat sei zufriedenstellend, die Ausfallserscheinungen nach der Kastration seien meist recht unbedeutend und vorübergehend gewesen. Die Auffassung *H. Fischers* einer Beziehung zwischen Kastration und Epilepsie lehnt Referent ab. Die beiden Fälle von *F.* dürften Ausnahmen darstellen, bei denen wohl ein zeitlicher, aber kein kausaler Zusammenhang zwischen Kastration und Epilepsie bewiesen werden könne.

Die Leitsätze von *Boeters* seien zu weitgehend. Durch die Übertreibung und die zurzeit nicht angebrachte Zwangssterilisierung könne der Fortschritt auf diesem wichtigen Gebiet nur kompromittiert werden. Es sei vielmehr wichtig, in objektiver Weise das zurzeit Erreichbare abzugrenzen.

Auf weitere Einzelheiten, besonders auch auf die Behandlung der juristischen Seite des Problems durch den Referenten kann hier wegen Raummangel nicht eingegangen werden.

Zum Schluß werden die Indikationen zur Sterilisation resp. Kastration sehr differenziert angegeben. Referent hält die Aufstellung besonderer gesetzlicher Bestimmungen in der Schweiz nicht für notwendig. Wohl sei es wichtig, die Juristen noch in vermehrtem Maße für dieses Problem zu interessieren.

Aus der Diskussion sei hier nur kurz angeführt, daß Dr. *Strasser*-Zürich betonte, daß bei Sittlichkeitsverbrechern psychotherapeutische Bestrebungen aufs höchste angestrengt werden müßten. Frau Dr. *Minkowsky*-Paris gab einen Überblick über ihre Vererbungsforschungen. Dr. *Steck*-Lausanne teilte die Sterilisationen und Kastrationen im Kanton Waadt mit (28 Fälle). Die Operationen seien nur mit Einwilligung der Patienten und mit Zustimmung der Eltern oder Vormünder ausgeführt worden.

Der Unterzeichnete führte die Schlußsätze seines in der Forensisch-psychologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrages „Über künstliche Unfruchtbarmachung aus sozialen und rassenhygienischen Gründen" an, nach denen nur mit Einwilligung des Patienten resp. des Vormundes und nach Entscheidung über den Fall durch eine behördlich eingesetzte Kommission operiert werden dürfe. Die juristische Erörterung des Problems durch eine im Anschluß an den Vortrag in Hamburg eingesetzte Kommission habe zu demselben Ergebnis geführt. —

Nach einem vom Kanton Thurgau dargebotenen Frühstück, bei dem Herr Regierungsrat *Kreis* die Grüße und Wünsche seiner Regierung übermittelte, begaben sich etwa 70 Kongreßteilnehmer im Kraftwagen über die deutsche Grenze nach der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. Hier gab Direktor Dr. *Thumm* einen Überblick über Baugeschichte und Eigenart der Anstalt, die den neuesten Typ einer modernen Pavillonanstalt darstellt, sowie über ihre besonderen Einrichtungen, Stiftungslaboratorium (zugleich serologische Untersuchungsanstalt für den Aufnahmebezirk, der den Bodenseekreis umfaßt), Familienpflege und offene Fürsorge. Hierauf folgte ein Rundgang durch die Anstalt, von dem sich die Gäste sehr befriedigt zeigten, und ein geselliges Zusammensein, bei dem der Schweizer Verein auf Anregung von Herrn Prof. *Bleuler* ein Begrüßungstelegramm an den badischen Staatspräsidenten Prof. Dr. Hell-

pach abschickte. Eine vom Wetter begünstigte Motorbootfahrt um die Insel Reichenau nach Ermatingen bildete den Abschluß der harmonisch verlaufenen Tagung, bei der die kollegiale Fühlungsnahme voll zu ihrem Recht kam. Die Anstalt bei Konstanz steht mit den Anstalten in Kreuzlingen und Münsterlingen seit ihrer Eröffnung in besten freundnachbarlichen Beziehungen, besonders dank der 1919 von *Römer* und *Ludwig Binswanger* ins Leben gerufenen wissenschaftlichen Zusammenkünfte, die sich regelmäßig der Leitung des Herrn Geheimrats *O. Binswanger* erfreuen. Der Besuch des Schweizer Vereins für Psychiatrie am 14. Juni d. Js. hat diese persönlichen Beziehungen herüber und hinüber wesentlich erweitert und zugleich die Aussicht auf ein fruchtbares berufliches Zusammenarbeiten der deutschen und schweizer Irrenärzte in Forschung und Praxis eröffnet. Dr. *Kankeleit*, Hamburg-Langenhorn.

XI.

Die Moskauer Psychiatrie im Jahre 1924.

Von

Professor Dr. **W. Gilarowsky.**

Das Jahr 1924 wird im Gebiet der Organisations-Psychiatrie durch die Verbreitung der Pflege der Kranken außerhalb eines Spitals und die Tendenz einer möglichen Ekonomisierung der Kosten der Kranken geschildert. Die Direktiven gehen zum Teil von dem Zentrum (Narkomsdraw) aus; größtenteils aber stammt die neue Richtlinie der organisatorischen Psychiatrie von einer der mächtigsten der psychiatrischen Vereinigungen SSSR — der Moskauer Vereinigung.

In Spitalen ist beträchtlicher Erfolg im Sinne einer Einzelverpflegung und Ernährung der Kranken gewonnen. Es wird besondere Rücksicht auf ein wissenschaftliches Studium aller einzelnen Krankheiten genommen; in Betracht darauf ist ein Institut junger Assistenz-Ärzte eingeführt worden, welche nach einer zweijährigen Studiumarbeit an einem Spital zu selbstständiger Tätigkeit weiter gewiesen werden. Große Schwierigkeiten bietet eine große Überfüllung der Spitale dar, wie es hauptsächlich in Moskau der Fall ist. Viel Sorgen machen die Traumatiker. Die schwersten Fälle der traumatischen Neurosen werden in psychiatrischen Heilanstalten untergebracht; ihr Aufenthalt in solchen Anstalten ist aber nicht dauerhaft.

Der Versuch, spezielle Anstalten für solche Kranke einzurichten, kann nicht durch besonders gute Resultate gekennzeichnet werden, so daß nun in Hinsicht auf solche Fälle das Prinzip einer Dispersion und Heranziehung zur Arbeit, in Form von Gründung besonderer Arbeits-Kartelle u. a. Maßnahmen, durchgeführt wird.

Da die Häufigkeit der Alkoholerkrankungen, welche in den Kriegs- und Revolutionsjahren beinahe verschwunden waren, seit der Erlaubnis des freien Weinhandels (1924), welche durch die große Verbreitung des geheimen Branntweinbrennens hervorgerufen war, höchst gesteigert ist, ist die Lage der psychiatrischen Heilanstalten bedeutend erschwert. In

Moskau werden alltäglich bis 100 Alkoholberauschte in den Straßen und auf öffentlichen Plätzen angehalten. Daraufhin wächst auch die Häufigkeit der in den psychiatrischen Heilanstalten eintreffenden Alkoholiker. Mit Rücksicht auf Männer kommt die Zahl der Alkoholiker bis auf 25 % aller neuen Eintreffungen. — Eine bedeutende Verbreitung haben auch verschiedene Arten von Narkomanie.

Pflege der Kranken außerhalb einer Heilanstalt ist im Sinne einer weiteren Entwicklung der Bezirks-Psychiatrie verbreitet. Die Aufgabe der Bezirks-Psychiater ist, dem Kranken an seiner Wohnstelle Hilfe zu leisten und leichtere Fälle, welche eines Aufenthaltes in einer Heilanstalt nicht bedürfen, in Ambulatorien zu behandeln.

Um das Prinzip der Realisierung eines Übergangs der Heilkunde zur prophylaktischen Medizin durchzuführen, wird in großem Maßstabe eine Dispenterisierung im Sinne einer Massenuntersuchung von Personen, welche zu bestimmten professionellen Gruppen der Bevölkerung gehören, unternommen, um bei den Kranken, welche einer Hilfe in speziellen Gebieten bedürftig sind und in Spitalen oder Sanatorien untergebracht werden müssen, Änderungen der Beschäftigung oder der Lebensweise vorzunehmen. In Moskau wird solche Dispenterisierung mit Rücksicht auf 30 000 Arbeiter verschiedener Fächer durchgeführt.

Die Psychiater, Hand in Hand mit den Internisten und den Sanitätsärzten nehmen großen Anteil an dieser Arbeit. In Moskau ist ein Experimental-Muster-Dispentenz eröffnet worden, dessen Aufgabe ein wissenschaftlich-methodologisches Studium in dieser Richtung und die spezielle Ausbildung von Ärzten u. a. Sanitätspersonal ist.

Über die Organisations-Psychiatrie wird im Herbst 1925 in Moskau (Narkomsdraw) eine allrussische Konferenz stattfinden.

Kleinere Mitteilungen.

In der Heil- und Pfleganstalt Sonnenstein hielt die Werklehrerin am Pestalozzi-Fröbelhaus-Berlin, Frl. Ruth Zechlin, vom 26. Januar bis 7. Februar 1925 einen Handfertigkeitskursus zunächst für die Schwestern, die nun ihrerseits die Kranken zu anregender und nützlicher Beschäftigung mit solchen Arbeiten anzuhalten haben. Frl. Zechlin zeigte am ersten Tage kleine bunte Schüsseln, Schalen und Deckeldosen: „Woraus sind sie hergestellt?" Niemand fand die wirkliche Lösung; bunte Luftschlangen und Kleister bildeten das Material! Im Laufe des Kurses entstanden Eierbecher, Fruchtschalen, ja sogar Schreibzeug und Federschalen aus Luftschlangen. Es wurden Netze geknüpft und Einkaufstaschen gehäkelt aus Bast, Wolle und Schnur. Farbige Schmuckketten wurden aus selbstbemaltem Papier, Basttaschen und Matten durch Stopfweberei auf dem Morrisrahmen hergestellt. Als besonders beliebt erwies sich das Bandweben auf dem Webebrett; zunächst kamen nur farbig gemusterte Gürtel und Streifen zur Ausführung, auf den Webebrettern konnten aber auch kleine Matten aus Bast und breite Bänder aus Wolle und Garn gewebt werden. Dann wurde Bastwickel- oder Spiralbastnäharbeit in Angriff genommen, die ziemliche Ausdauer erfordert, aber für Kranke sehr geeignet ist, die sich nicht so leicht umstellen können und länger bei einer Arbeit bleiben. Sobald der Anfang überwunden ist, ist es eine kinderleichte Beschäftigung, und die fertigen Körbchen sind von unbegrenzter Haltbarkeit. Durch farbige Muster ist auch in das Gleichmaß dieser Beschäftigung Abwechslung zu bringen. Auch Tabletts und Untersetzer wurden in ähnlicher Weise aus Bast und Peddigrohr angefertigt. Die kunstvolle Schlinge des Teppichklopfers wurde gezeigt, alte Konservenbüchsen, aus denen einfache kleine Kuchenformen geschnitten und kunstvolle Zierschalen gehämmert wurden, ausgenützt. Aus Zigarrenkisten und Zwirnrollen wurden schöne bunte Holzleuchter und kleine Puppenwagen zusammengebastelt. Ein großer Teil der Kranken hat ja auch Freude an Puppen, diese selbst herzustellen muß Vielen Spaß machen. Es war dies wohl das am freudigsten begrüßte, aber auch mühsamste Werk, zum Schluß waren aber doch aus Draht, Flicken, Watte und Kleister mit Hilfe des Farbkastens Puppen von verschiedenster Eigenart entstanden.

Bot der Handfertigkeitskursus schon den Schwestern eine sehr willkommene Anregung, so zeigte er vor allem auf die Beschäftigung der Kranken seinen guten Einfluß, weil es sich um eine Tätigkeit handelt,

die sich auch für Bettlägerige und körperlich Schwache oft vorzüglich eignet und die geistig Regeren erfreuen und zu eignen Erfindungen anregen kann.

In dem Beschäftigungsbuch für Kranke und Rekonvaleszenten, Schonungsbedürftige usw. von *Anna Wiest* (Stuttgart, Ferdinand Enke, 2. Aufl. 1925) wird Gesunden und Kranken Anleitung zur Anfertigung mannigfacher Handarbeiten gegeben. Die Verfasserin bringt in dem mit 122 Textabbildungen ausgestatteten Buch Fröbelarbeiten, Liebhaberkünste, weibliche Handarbeiten und verschiedenes andere. Aus der Fülle der Anregungen seien einige Sachen wiedergegeben, die leicht auch von Geisteskranken hergestellt und von ihnen selbst verwendet werden und so nützlich oder erfreuend wirken können. Außer dem schon besprochenen Weben und den vielfachen Flecht- und Bastarbeiten, Baststickerei und Filetnetzstricken sei genannt: Selbstanfertigung von Geduldspielen und Bildermosaiken, Silhouettenschneiden, Spritzarbeiten, Modellieren in Plastilin und Ton, Herstellung von Papierblumen und Perlmosaikketten, Stricken, Häkeln, Knüpfen, Sticken der verschiedensten Gebrauchsgegenstände als Häubchen, Jäckchen, Spitzen, Kissen, Schlipse, Bettschuhe, Schals, Markttaschen, Staubtücher, Serviettenhalter. Den geistig Regeren kann manche Freude bereitet werden mit Lesezeichen, gestickt, bemalt, mit Fadenpüppchen, mit gestickten Buchhüllen, Beuteln, Nähkörbchen, und den Kindern oder auf kindlicher Stufe Zurückgebliebenen mit allerhand Sächelchen aus Streichholzschachteln, Bilderbüchern aus Ansichtspostkarten, mit Puppenmöbeln aus Papierkanevas geschnitten oder aus Strohborten und Peddigrohr geflochten. Aus dem Verzeichnis der für männliche Kranke geeigneten Arbeiten interessieren insbesondere Brandmalerei, Kerbschnitt und Flachschnitt in den verschiedenen Formen.

Schwester *Marie Müller*, Sonnenstein.

Die diesjährige Versammlung der Südwestdeutschen Psychiater soll am 23. und 24. 10. 25 in Tübingen stattfinden. Als Hauptthema ist geplant: „Krankheitseinheit und Mischpsychose“. Referenten: *Gaupp* und *Mauz*. Vorträge aus diesen und den angrenzenden Gebieten sind besonders erwünscht.

Anmeldung von Vorträgen und zur Teilnahme an der Tagung werden bis Mitte September an die Tübinger Irren- und Nervenklinik erbeten. Unterkunft wird je nach Wunsch im Hotel oder Privatquartier durch die Klinik vermittelt.

Personalnachrichten.

Nekrolog *Liepmann*. Am 6. Mai 1925 verschied in seiner Vaterstadt Berlin *Hugo Liepmann* im 63. Lebensjahre. Geboren am 9. April 1863, studierte er zunächst Philosophie und Naturwissenschaften, promovierte 1885 zum Dr. phil. und wandte sich einige Jahre später — 1889 —

der Medizin zu. Nach abgeschlossenem medizinischen Studium und vorübergehender anderweitiger Tätigkeit (in Berlin bei Jolly, in Frankfurt bei Weigert) ging *Liepmann* 1895 an die ärztliche Arbeitsstätte über, die seiner wissenschaftlichen Forschungsrichtung das Gepräge aufdrücken sollte: an die Breslauer psychiatrische Klinik von *Wernicke*. Hier blieb er als Asisstent und Leiter der Poliklinik bis 1899. Dann trat er in den Dienst der Berliner städtischen Irrenpflege und war hier lange Jahre hindurch — erst als Assistent, später als Oberarzt in Dalldorf und schließlich von 1915 an als Direktor der Irrenanstalt Herzberge und Nachfolger *Moelis* praktisch irrenärztlich tätig. Nebenher ging, nachdem er sich 1900 an der Universität Berlin habilitiert hatte, eine ergiebige Lehr- und Forschertätigkeit, die ihm zwar nicht — aus den in Deutschland üblichen Gründen — trotz anerkannter wissenschaftlicher Befähigung und Lehrfreudigkeit dem ersehnten akademischen Lehrstuhl zuführte, ihm aber sonstige Anerkennungen und Ehrungen (er wurde Honorarprofessor und Geheimer Medizinalrat) einbrachte. Ein sich entwickelndes Nervenleiden ließ ihn schließlich vorzeitig — im Jahre 1919 — die praktische irrenärztliche Tätigkeit aufgeben und schwächte zugleich auch seine wissenschaftliche Produktivität, wenn sie ihm auch die lebhafte innere Anteilnahme an allen wissenschaftlichen Fragen nicht zu rauben vermochte. Die Art, wie er dann die letzten, von dem fortschreitenden Nervenleiden getrübten Lebensjahre trug und wie er in bewußter Selbstentscheidung schließlich aus dem Leben trat, entbehrt nicht der inneren Größe.

Um *Liepmanns* irrenärztliche Berufstätigkeit zu würdigen, ist man vor allem auf die Zeit seiner Leitung der Irrenanstalt Herzberge angewiesen. Diese stand von Anfang an unter dem schweren Druck der Kriegsnot und später der Umwälzungsfolgen, und sie gestattete ihm daher nicht die freie Entfaltung seiner Fähigkeiten und Neigungen. Seiner inneren Natur gemäß nahm er dabei manche Dinge schwerer, als es wohl ihrer Bedeutung entsprach und suchte sie trotz anders gerichteter Interessen und Begabung pflichtbewußt selbst mit dem Einsatz seiner ganzen Zeit und Arbeitskraft zu bewältigen. Und wenn diese Tätigkeit vielleicht auch nicht immer von vollem Erfolg gekrönt war, so ehrt doch den Menschen an ihm die Art, wie er der ihm aufgebürdeten Berufslast selbst die ihm so am Herzen liegende wissenschaftliche Arbeit zum Opfer brachte, und wie er die ihm entgegentretenden Erschwerungen nicht mit einem bequemen Schematismus und Bürokratismus zu erledigen, sondern auch in der Anstaltstätigkeit das Menschliche immer voll zur Geltung zu bringen suchte.

Reiner und von äußeren Schatten ungetrübt trat seine Persönlichkeit im wissenschaftlichen Leben hervor. Klares Denken mit Abneigung gegen unfruchtbare Spekulation, gediegenes Wissen wie kritisches Abwägen des Für und Wider durchsetzte seine wissenschaftliche Forschungsarbeit im großen und spiegelte sich im kleinen wieder in allen seinen wissenschaftlichen Diskussionsäußerungen, so daß seine Stellungnahme zu jeder Art Problemen immer des Interesses der Fachgenossen sicher war. Über sein wissenschaftliches Lebenswerk braucht hier Näheres nicht gesagt zu werden: Seine empirisch fundierte und unter Anlehnung an *Wernickes* Aphasielehre aufgebaute Lehre von der Apraxie ist untrennbar

mit dem Namen *Liepmann* verknüpft und gehört der Geschichte der Psychiatrie auch dann an, wenn sich an den Einzelheiten nicht alles halten lassen und insbesondere die Auffassung des Phänomens als organischer Ausfallserscheinung später einmal mehr im Sinne einer funktionell-dynamischen Anschauung umgewandelt werden sollte. Daß *Liepmann* in Verfolgung seiner zahlreichen Untersuchungen im Aphasie- und Apraxiegebiet allmählich sich zu einem führenden Vertreter der Hirnanatomie und -pathologie heranbildete, war nur folgerichtig. Im übrigen entsprach diesem seinem speziell auf Hirnherde gerichteten Interesse durchaus nicht etwa eine herdförmig eingeengte wissenschaftliche Gesamtarbeit. *Liepmann* war vielseitig und über alle hirnpathologischen Probleme hinaus an psychologisch-klinischen wie auch an grundsätzlichen Fragen des Seelenlebens interessiert, wobei zu ihrer Lösung seine philosophische Vorbildung ihm glückliche Unterstützung lieh. Besonders hebt sich in diesem Sinne seine Arbeit über die Ideenflucht heraus, die an der Stelle der scheinbaren Beschleunigung des Vorstellungsablaufs die Bedeutung des Verlustes der Obervorstellungen für dieses psychotische Syndrom ins rechte Licht setzt. Daß er auch juristisch-psychologische Fragen mit kritischer Schärfe anzugreifen wußte, zeigen seine überzeugenden Auseinandersetzungen gegenüber der unhaltbaren juristischen Auffassung von der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Vor allem aber ist es das psycho-physische Problem von Leib und Seele, bezw. von Gehirn und Seele gewesen, das er als Fundament aller Beschäftigung mit den pathologischen Seelenvorgängen verschiedentlich mit der ihm eigenen Klarheit darzulegen wußte.

Als Mensch war *Liepmann* von reiner Gesinnung, von warmem Empfinden für andere und von hohem wissenschaftlichen Ethos. Und wie seine Lebensarbeit durch sich selbst in der Entwicklung der Psychiatrie weiterwirken wird, so wird er selbst durch eben dieses Menschentum noch lange im Gedächtnis derer, die ihm nähertraten, fortleben.

Karl Birnbaum, Berlin-Herzberge.

Georg Eisath (Nekrolog). Am 25. Juni 1925 wurde uns *Georg Eisath*, Direktor der Tiroler Landesirrenanstalt zu Hall, durch den Tod entrissen. Geboren 1868 zu Eggental im deutschen Südtirol, oblag *Eisath* in Innsbruck seinen medizinischen Studien. In die Psychiatrie führte ihn die damals eben durch *G. Anton* eröffnete Innsbrucker Klinik ein. Nach vorübergehender gynäkologisch-geburtshilflicher klinischer Tätigkeit wurde *Eisath* 1899 Hilfsarzt der Haller Anstalt. Ein Aufenthalt in Heidelberg bei *Kräpelin* und *Nissl* war psychiatrisch-klinischer Ausbildung und der Einführung in histologisches Arbeiten gewidmet. 1905 arbeitete *Eisath* unter *Mott* im Laboratorium des London County Asylum über die anatomischen Grundlagen der Schlafkrankheit, nachdem er schon vorher mit einigen klinischen Veröffentlichungen (darunter eine Studie über die Ätiologie der Paralyse an der Hand des Haller und Innsbrucker Materials) hervorgetreten war. Auch in den folgenden Jahren ist *Eisath*, dem seit 1910 die

vorläufige Führung der Direktionsgeschäfte, seit 1919 die Direktorstelle in der Haller Anstalt übertragen war, dem schon früh bekundeten wissenschaftlichen Streben treu geblieben, das er aufs beste mit der administrativen und ärztlichen Anstaltstätigkeit zu vereinigen wußte. Ganz besonders beschäftigte ihn das Studium des gesunden und kranken Nervenstützgewebes (dessen Erforschung er u. a. durch Angabe einer eigenen Färbemethode gefördert hat); zwei umfangreiche einschlägige Arbeiten veröffentlichte er in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1906 und im Archiv für Psychiatrie 1911, eine Studie über die arteriosklerotische Hirnerkrankung brachten 1907 die Jahrbücher für Psychiatrie. Mit klinischen Problemen beschäftigten sich eine Reihe von Arbeiten zur Paranoiafrage sowie zur Kenntnis des manisch-depressiven Irreseins. Auch zu psychiatrisch-forensischen und legislativen Fragen hat er in Fachzeitschriften Stellung genommen.

1919 wurde *Eisath* die Venia docendi für Psychiatrie an der Universität Innsbruck erteilt, die auszuüben ihm leider nur durch wenige Semester vergönnt war. Eine anscheinend bald überwundene Pleuritis im Jahre 1922 war der erste Vorstoß der schweren Erkrankung, die ihn uns allzufrüh entrissen hat.

Ein Mann von lauterstem Charakter, von selbstlosem Streben ging mit *Eisath* zu Grabe; das ehrende Gedenken seiner Fachgenossen ist ihm gesichert. *C. Mayer* (Innsbruck).

Verstorben

Sanitätsrat Dr. *Heinke*, I. Oberarzt an der Heilanstalt Ückermünde,
Geheimer Sanitätsrat Dr. *Heinrich Neuhaus*, Landespsychiater der Rheinprovinz.

In den Ruhestand ging

Sanitätsrat Dr. *O. Buttenberg* an der Heil- und Pflegeanstalt Freiburg.

Versetzt wurden

Reg.-Medizinalrat Dr. *Kürbitz* von Sonnenstein nach Chemnitz-Altendorf, Reg.-Medizinalrat Dr. *Rahnenführer* von Hubertusburg nach Sonnenstein und Reg.-Med.-Rat Dr. *Zeil* von Chemnitz-Altendorf nach Hubertusburg.

Ernannt wurden

Professor Dr. *Ed. Forster*-Berlin zum Direktor der Universitätsnervenklinik Greifswald,
Professor Dr. *Martin Reichardt*-Münster zum Direktor der Universitätsnervenklinik Würzburg,
Privatdozent Dr. *August Scharnke*, Oberarzt an der psychiatr. und Nervenklinik Marburg, zum nichtbeamteten a.o. Professor,
Privatdozent Dr. *Karl Pönitz* zum a.o. Professor an der Universität Halle,
a. o. Professor Dr. *Max Nonne*-Hamburg zum ordentlichen Professor.
Dr. *Heinrich Herschmann* wurde als Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Wien zugelassen.

Fortsetzung von Seite 2 des Umschlages.

. 10

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND LXXXII

BERICHT
ÜBER DIE
PSYCHIATRISCHE LITERATUR
IM JAHRE 1924

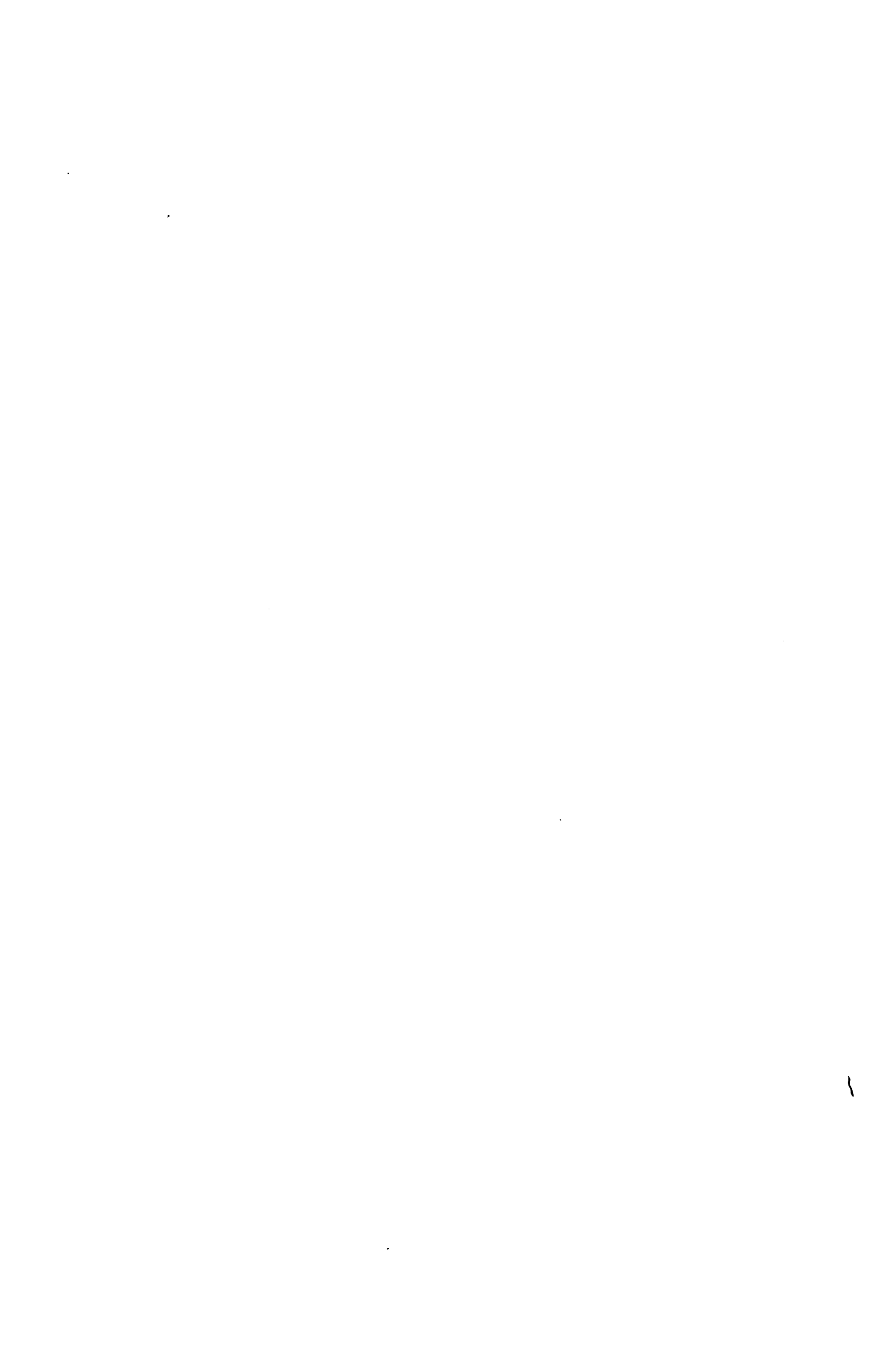
REDIGIERT
VON

HELMUT MÜLLER
LEIPZIG-DÖSEN

AUSGEGEBEN AM 7. SEPTEMBER 1927



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1927.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Wiesloch, KLEIST-Frankfurt a. M., LAEHR-Wernigerode, MERCKLIN-Treptow a. R.

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

ZWEIUNDACHTZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1927

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1924

REDIGIERT

VON

HELMUT MÜLLER
LEIPZIG-DÖSEN

LITERATURHEFT

ZUM 82. BANDE
DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG VERLAGS-
BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.
1927



1. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: H. Grimme-Hildesheim.

1. *D'Abundo, G.*, Il momento attuale della clinica neuropatologica e psichiatrica. Rif. med. Nr. 4, S. 73.
2. *Adler, E.*, Zur Lokalisation des Schlafzentrums. Med. Klin. Nr. 38, S. 1321. (S. 34*.)
3. *Adrian, E.*, Some recent work on inhibition. Brain, Bd. 47 Nr. 4, S. 399.
4. *Armenise, P.*, Sul fenomeno di Babinski. Considerazioni su la genesi del fenomeno e su la sua importanza. Cervello Nr. 3, S. 159.
5. *Aronowitsch, G. D.*, Über ein Klassifikationssystem der physischen Degenerationszeichen und Versuch seiner Anwendung. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 92, S. 609.
6. *Aschner, B.*, Konstitutionslehre und Humoralpathologie mit besonderer Berücksichtigung des weiblichen Organismus. Dtsch. med. Wschr. Nr. 38, S. 1277. (S. 31*.)
7. *Ball, E.*, Über eine durch Ernährungsschäden hervorgerufene Erkrankung des Zentralnervensystems bei vier Geschwistern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 56, H. 1, S. 47. (S. 34*.)
8. *Barrett, A. M.*, Constitution and disposition in psychiatric relations. Amer. journ. of psychiatry Bd. 4, Nr. 2, S. 245.
9. *Barret, Thomas*, and *Serre*, Blood analysis and sugar tolerance tests in mental disease. Journ. of nerv. a ment. dis. Bd. 59, Nr. 6, S. 561.
10. *Bauer, J.*, Der Status degenerativus. Wien. klin. Wschr. Nr. 42, S. 1081. (S. 31*.)
11. *Bausch, W.*, Über den Muskeltonus und seine Beziehungen zur Katatonie. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, H. 5—6, S. 23. (S. 35*.)
12. *Derselbe*, Untersuchungen über Körperbau und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2—3, S. 229. (S. 32*.)
13. *Beaton, Th.*, The psychogenic factor in the causation of mental disorder. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 288, S. 58.
14. *Bechterew, W.*, Vom Bogen der Assoziationsreflexe im Zentralnervensystem und ihrer diagnostischen Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, S. 26.

15. *Behr, C.*, Die Lehre von den Pupillenbewegungen (Handb. d. ges. Augenheilk., 3. neub. Aufl., II. Bd.) Berlin, J. Springer, 221 S., 16,50 M.
16. Berichte aus dem Irrenhaus. Aufzeichnungen eines durch 30 Jahre im Wiener Irrenhause Internierten usw. Wien, L. Schidrowitz, 217 S., 2 M.
17. *Beritoff, J.*, On the fundamental nervous processes in the cortex of the cerebral hemispheres. I. The principal stages of the development of the individual reflex: its generalisation and differentiation. Brain Bd. 47 Nr. 2, S. 109.
18. *Derselbe*, II. On the principal cortical elements in the arcs of the individual reflexes. Ebenda Nr. 3, S. 358.
19. *Derselbe*, Physiologie der individuell-erworbenen Reflexe. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, H. 5/6, 217.
20. *Berkeley-Hill, O. A. R.*, and Prakasch Chandra Das, Some furthes Observations in respect to syphilis complicating mental disease. Idian. med. gaz, Bd. 59, Nr. 4, S. 174.
21. *Bernhard, H.*, Zusammenfassung der Hauptergebnisse aus den Arbeiten über Körper-, Hals-, Stell- und Labyrinthreflexe. (Kritisches Referat.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57, H. 1, S. 10.
22. *Berry, R.*, A lecture on brain and mind. Brit. med. journ. Nr. 3303, S. 707.
23. *Bersot, H.*, A propos du réflexe plantaire. Arch. de neur. Bd. 1, Nr. 1, S. 1 u. Nr. 2, 41.
24. *Derselbe*, A propos des réflexes chez les aliénés. Schweiz. med. Wschr. Nr. 42, S. 953.
25. *Berze, J.*, Zur Frage der Lokalisation psychischer Vorgänge. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3—4, S. 546. (S. 24*.)
26. *Bier, A.*, Höchstleistungen durch seelische Einflüsse und durch Daseinsnotwendigkeiten. Münch. med. Wschr. Nr. 36, 37, 38, S. 1227, 1279, 1312. (S. 24*.)
27. *Bing*, Über die Verwendbarkeit des Dicodids anstelle anderer Mittel der Morphingr. Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 306. (S. 20*.)
28. *Derselbe*, Über die Bedeutung der choreatischen und athetotischen Bewegungs-Automatismen. Schweiz. med. Wschr. Nr. 26, S. 581.
29. *Derselbe*, Topische Hirndiagnostik (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg).
30. *Birnbaum, K.*, Konstitution, Charakter und Psychose. Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1275. (S. 27*.)
31. *Derselbe*, Der Aufbau der Psychose. La Medic. germ.-hisp.-amer. Nr. 10.
32. *Bisgaard, A.*, Untersuchungen über Eiweiß-Abbaustoffe im Blut der Geisteskranken. Acta. med. skandinav. Bd. 60, H. 2/3, S. 120.
33. *Bleuler, E.*, Lokalisation der Psyche. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5—6, S. 305. (S. 27*.)
34. *Derselbe*, Psychisches in den Körperfunktionen und in der Entwicklung der Arten. Festrede. Zürich, O. Füßli, 20 S., 1,20 Frcs. (S. 28*.)

35. *Blumenthal*, *A.*, Zur Erklärung des kalorischen Nystagmus. Beitr. z. Anat. Phys. usw. d. Ohres usw. Bd. 20, H. 5—6, S. 307. (S. 36*.)
36. *Boedecker*, *Fr.* und *Ludwig*, *H.*, Pharmakologische Versuche mit neuen halogenhaltigen Schlafmitteln der Barbitursäure-Reihe unter besonderer Berücksichtigung des Noctal. Klin. Wschr. H. 45, S. 2053.
37. *Boettiger*, *A.*, Über den oberen Tibiastrichreflex. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1—4, S. 100. (S. 36*.)
38. *Bogendörfer*, Über lösliche Schlafmittel der Barbitursäurereihe (Dial löslich). Schweiz. med. Wschr. H. 19, S. 437. (S. 20*.)
39. *Bok*, *S.*, Aufschiebung der Funktion in der embryonalen Entwicklung (holl.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1. Hälfte, Nr. 3, S. 210. (S. 39*.)
40. *Bonhoeffer*, *K.*, Die Entwicklung der Anschauungen von der Großhirnfunktion in den letzten 50 Jahren. Deutsche med. Wschr, Nr. 49, S. 1708. (S. 24*.)
41. *Borchardt*, *L.*, Die Anthropometrie im Dienste der klinischen Konstitutionsforschung. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1318.
42. *Bostroem*, Psychiatrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 471 u. Nr. 26 S. 883.
43. *Derselbe*, Zwillingsspychose. Deutsche Forsch-Anst. f. Psychiat., 3. 7. 1924. Ber.: Zbl. f. Neurol. u. Psychiat. Bd. 38, H. 8, S. 478.
44. *Bostroem* u. *Brechling*, Die sogenannte Schwarzreaktion im Urin (Buscaino.) Leipzig. med. Ges. 5. 2. 1924. Ber.: Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 486.
45. *Bourne*, *A.*, *W.* Aetiology and prognosis of puerperal insanity. Journ. of obstetr. a gynecol. of the Brit. Empire Bd. 31 Nr. 2, S. 251.
46. *Bourret*, Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. Gaz. des hôp. civ. et milit. Nr. 69, S. 1145.
47. *Bouyer*, *H.*, Quelques considérations sur les hallucinations visuelles. Journ. de psychol. norm. et pathol. Nr. 4, S. 377.
48. *Boven*, *W.*, L'hérédité en psychiatrie. Encéphale Nr. 10, S. 635.
49. *Brandt*, *W.*, Zur Kasuistik der Veronalvergiftungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 36, S. 1223. (S. 20*.)
50. *Bresler*, Über Ludarin, eine neue Schlafmittelverbindung. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 9—10, S. 47. (S. 20*.)
51. *Brunschweiler*, *H.*, L'état actuel de la réflexologie clinique. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 15, H. 2, S. 278.
52. *Büel*, *E.*, Maligne Tumoren bei Geisteskrankheiten. Allg. Zschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5—6, S. 312. (S. 24*.)
53. *Bumke*, *O.*, Lehrbuch der Geisteskrankheiten mit Anhang: Die Anatomie der Psychose von *B. Klarfeld*. 2. umg. Aufl. der Diagnose der Geisteskrankheiten. München, J. F. Bergmann 1176 S. 45 M. (S. 22*.)
54. *Derselbe*, Nervöse und pathologische Temperamente. (Span.) Rev. méd. de Hamburgo Nr. 5, S. 137.

55. *Derselbe*, Über die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 1595. (S. 28*.)
56. *Burghart, H.*, und *Schoenfeldt, K.*, Über ein neues Schlafmittel . Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 1508.
57. *Bürgi, E.*, Die Narkotika. Ergebnisse d. ges. Med. Nr. 5, S. 53. (S. 21*.)
58. *Derselbe*, Über Indonal, eine Cannabis indica enthaltende Hypnotika-Kombination. Deutsche med. Wschr. Nr. 45, S. 1529. (S. 20*.)
59. *Burnet, I.*, Mental disease in infancy and childhood. Internat. clin. Bd. 4, S. 195.
60. *Buscaino, V. M.*, Vergiftung mit abnormen Aminen als pathogenetischer Faktor bei amyostatischen Symptomenkomplexen, bei Amentia, Dementia praecox und gewissen Infektionskrankheiten (Span.) Rev. Sud.-Amer. Nr. 6, S. 310.
61. *Derselbe*, Alterazioni del fegato e dell'intestino tenne in malati (amenti, dementi precoci, „encefalitici") con ammine abnormi nelle orine. Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. 28, H. 11/12, S. 437.
62. *Ceillier, A.*, Les influencés. Syndromes et psychoses d'influence. Encéphale Nr. 3, 4, 5, 6, S. 152, 225, 294, 370.
63. *Christiansen, V.*, Sur la valeur diagnostique de la stase papillaire au point de vue neurologique. hArc. d'ophth. Bd. 41, Nr. 8, S. 467 u. Nr. 9, 535 (dän.) Hospitalstidende Nr. 41—43, S. 645, 661, 677. (Dänisch.)
64. *Christin, E.*, Quelques réflexions sur la nature des délires systématisés progressifs. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 6, S. 354.
65. *Christoffel, H.*, Seelisch körperliche Zusammenhänge. Krank.- u. Irrenpflege (Zürich) Nr. 3, S. 15.
66. *Derselbe*, Zur Psychiatrie des Nichtpsychiaters. Praxis, Schweiz. Rundschau f. Med. (Bern) Nr. 30, S. 7.
67. *Claude, H.*, Diagnostic et valeur sémiologique des manifestations hallucinatoires. Journ. méd. franç. Bd. 13, Nr. 5, S. 169.
68. *Claude, H.* et *Robin, G.*, Considérations sur le symptôme des „réponses à côté" et ses rapports avoc les complexes affectifs. Encéphale Nr. 8, S. 481.
69. *Clauser, F.*, Contributo allo studio delle psicosi puerperali. Rev. ital. di ginecol. Bd. 2, H. 4, S. 379.
70. *Codet, H.* et *Badonnel, M.*, Psychoses puerpérales. Journ. méd. franç. Bd. 13, Nr. 5, S. 198.
71. *Cohn, S.*, Das Leben als Synusie und seine Folgen für den Zusammenhang von Tuberkulose und Geisteskrankheiten. Fortschr. d. Med. Nr. 20, S. 254.
72. *Colin, H.*, De l'évolution des idées sur la folie. Ann. méd.-psychol. Nr. 1, S. 11.
73. *Cords, R.*, Stauungspapille. Münch. med. Wschr. Nr. 48, S. 1687. (S. 35*.)

74. *Coss* and *Jackson*, Die Beziehungen zwischen Kropf und Psychosen. Amer. journ. of the med. Science Bd. 167, Nr. 5.
75. *Courbon, P.*, et *Bauer, E.*, Des signes physiques neurologiques dans les psychoses. Ann. méd. psychol. Nr. 1, S. 33.
76. *Comrie, J.*, Early mental disease treated in a general hospital. An analysis of five hundred cases. Brit. med. journ. Nr. 3326, S. 551.
77. Couvreux, J., Nouvelles observations sur les réflexes pupillaires. Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. 178, Nr. 16, S. 1388.
78. *Derselbe*: Sur le réflexe photomoteur, ebenda Nr. 4, S. 416.
79. *Creutzfeldt, H. G.*, Heredodegeneration des Nervensystems. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. Nr. 5, S. 37. (S. 25*.)
80. *Curschmann, H.*, Über Thyreoidinbehandlung. Med. Klin. Nr. 1, S. 1 (dazu Bemerk. Nr. 6, S. 184). (S. 21*.)
81. *Damaye, H.*, Cessation rapide des phénomènes délirants aigus graves sous l'influence d'une dose massive d'électrargol. Encéphale Nr. 3, S. 184.
82. *Dannhauser, A.*, Proteïnkörperbehandlung bei Erkrankungen des Nervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 742. (S. 21*.)
83. *David, E.*, Angstaffekt und vegetatives Nervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 209.
84. *Deicher, H.*, Klinische Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Noctal. Klin. Wschr. Nr. 45, S. 2053. (S. 21*.)
84a. *Del Greco*, La idea di „Costituzione" nella psichiatria clinica. Riv. sperim. di frenetr. Bd. 48, H. 2/3. (S. 39*.)
85. *Dennig, H.*, Die Bahn des psychogalvanischen Reflexes im ZNS. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 373. (S. 36*.)
86. *Derselbe*, Untersuchungen über die Innervation der Harnblase und des Mastdarms. Ztschr. f. Biologie Bd. 80, S. 239. 1924. (S. 36*.)
87. Die Welt der Bäder und Kurorte, Bäderlexikon. Winterausgabe 1924/25. Herausg. v. E. Riesen. Wittenberg u. Berlin. A. Ziemsen. 385 S. 5,20 M. (S. 22).
88. *Dreyer, P.*, Medinal im Kindesalter. Deutsche med. Wschr. Nr. 13, S. 409.
89. *Durgin, D. B.*, Modern conceptions in hospital psychiatric practice. Med. journ. a record Bd. 119, Nr. 8, S. 95.
90. *Ebstein, E.*, Das neue Sedativum „Abasin" Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 1086.
91. *Edinger, L.*, Anatomisch-physiologische Einleitung der Nervenkrankheiten. (In Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh. Herausg. v. Kraus u. Brugsch. Bd. 10. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg.)
92. *van Erp Taalman Kip, M. J.*, Über den verschiedenen Anteil der beiden Großhirnhemisphären an den geistigen Funktionen. Psych. en Neurol. Bladen Jelgersma Nr., S. 376. (S. 25*.)

93. *Ewald*, Temperament und Charakter, Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neur. u. Psych. H. 41. Berlin, J. Springer. 154 S. 9,— M.
94. *Feuchtwanger, E.*, Die Funktionen des Stirnhirns, ihre Pathol. und Psychol. (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psych. H. 38.) Berlin, J. Springer.
95. *Finkelnburg, R.*, Über einen bisher nicht beschriebenen Pupillenreflex. (Pharynxreflex der Pupille.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 183. (S. 34*.)
96. *Fischer, H.*, u. *Leyser, E.*, Die zentralen Anteile der Krampfmechanismen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 56, H. 4, S. 214.
97. *Flournoy, H.*, Psychoses organiques et psychoses fontionelles. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 6, S. 345.
98. *Foix, Ch.* et *Hillemand, P.*, Les syndromes de la région thalamique. Presse méd. Nr. 8, S. 113.
99. *Forster* (Berlin), Beziehungen des Sympathikus und Vagus zur psychischen Konstitution. Deutsche Ver. f. Psych. 1923; Ber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 238.
100. *Foss, H. B.*, u. *Jackson, J. A.*, The relationship of goiter to mental disorders. The americ. journ. of the med. sciences Bd. 167, Nr. 5, S. 724.
101. *Franke, U.*, Amnesie und Anästhesie bei der Hypnose-Geburt. Deutsche med. Wschr. Nr. 26, S. 874.
102. *Freeman, W.*, et *Morin, P.*, Réflexes d'automatisme mésencéphalique. Les syncinésies, les réflexes cervicaux et les réflexes vestibulaires. L'athétose. Rev. neurol. Teil 1, Nr. 2, S. 158.
103. *v. Frey*, Wollustempfindung und Nervenendigungen. Ztschr. f. Geburtsh. Bd. 87, H. 2, S. 256. (S. 28*.)
104. *Fürstenheim*, Über den Zusammenhang der geisteswissenschaftlichen und der naturwissenschaftlichen Jugendrichtung. Ztschr. f. Kinderforschung Bd. 29, H. 2, S. 117.
105. *Galant, J. S.*, Das Halluzinationsproblem und die Algohallucinosis. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 187. (S. 29*.)
106. *Derselbe*, Der subathletische Konstitutionstypus der Frau. Arch. f. Frauenkunde und Konstitutionsforschg. Bd. 11, S. 172 (S. 32*.)
107. *Derselbe*, Konstitution und konstitutionelle Entwicklung. Arch. f. Frauenk. u. Konstitutionsf. Bd. 10, S. 253. (S. 32*.)
108. *Derselbe*, Die Reflexe des Allgemeinsinns, nebst Bem. über d. rudiment. Reflexe d. Menschen. Jb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 235.
109. *Derselbe*, Der Periostschmerz und seine konstitutionell-diagnostische Bedeutung. Zbl. f. Gyn. Nr. 51, S. 2804. (S. 32*.)
110. *Derselbe*, Die Blinzelreflexe und einige andere Lidphänomene. Arch. f. Kinderhk. Bd. 75, S. 37 (S. 36*.)
111. *Derselbe*, Die Lidreflexe. Ebenda Bd. 74, S. 130, (S. 36*.)
112. *Derselbe*, Ein ungewöhnliches Irisphänomen und seine Deutung. Ztschr. f. Augenhk. Bd. 54, S. 233.

113. *Derselbe*, Über das spontane Auftreten physiologischer und pathologischer Sehnenreflexe. Jb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 244. (S. 36*.)
114. *Derselbe*, Intoxikation und Nystagmus. v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. 113, S. 392.
115. *Derselbe*, Ungewöhnliche Störungen der Persönlichkeit. (D. Phänomen d. illusionierten Persönl.) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 30, H. 5/6, S. 270.
116. *Derselbe*, Über den Begriff: „Psychischer Reflex". Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 26, S. 1435. (S. 36*.)
117. *Derselbe*, Parästhesien und Körperhalluzinationen. Jahrb. f. Psych. und Neurol. Bd. 43.
118. *Derselbe*, Untersuchungen über die Hypertrichose bei Frauen. Arch. f. Frauenhk. Bd. XI. (S. 32*.)
119. *Gaupp, R.*, Die Geisteskrankheiten in und nach dem Weltkriege. Japan.-deutsch. Ztschr. f. Wissensch. u. Technik. H. 1, S. 8.
120. *Genzel, A.*, Über den Blutzuckergehalt bei Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, Nr. 6, S. 327.
121. *Gierlich, N.*, Über die Pathogenese des Babinskischen Phänomens und seine Beziehung zum Fluchtgesetz des menschlichen Rückenmarks. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 661. (S. 36*.)
122. *Gobert*, L'observation „à la dérobée" en psychiat. militaire. Arch. internat. de neur. Bd. 2, Nr. 4, S. 157.
123. *Goering, D.*, Über den Einfluß des Nervensystems auf Knochen und Gelenke. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 1—2, S. 1. (S. 28*.)
124. *Goldbladt, H.*, Über einige psychiatrisch-neurologische Beobachtungen. Vorl. Mitt. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, Nr. 6, S. 379.
125. *Derselbe*, Zur Technik der Sondenernährung bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 212.
126. *Goldstein, K.*, Die Topik der Hirnrinde in ihrer Bedeutung für die Klinik. Psych.-neurol. Wchr. Jg. 26, Nr. 9/10 u. 11/12, S. 43 u. 55.
127. *Derselbe*, Über die gleichartige funktionelle Bedingtheit der Symptome bei organischen und psychischen Krankheiten, im besonderen über den funktionellen Mechanismus der Zwangsvorgänge. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57, H. 4, S. 191.
128. *Derselbe*, Über induzierte Tonusveränderungen beim Kranken etc. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 383.
129. *Gordon, A.*, The influence of intercurrent diseases upon the course of certain psychoses, Consideration of the pathogenesis. Journ. of nerv. and ment. dis. Bd. 60, Nr. 2, S. 131.
130. *Grafe, E.*, Beiträge zur Kenntnis der Ökonomie der Muskeltätigkeit. (Untersuchungen bei Zwangsbewegungen.) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 143, H. 5—6, S. 309. (S. 38*.)

131. *Gregory, M. S.*, Mental diseases associated with childhearing. Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 8, Nr. 4, S. 420 u. 516.
132. *Greil, A.*, Naturforscher und Ärzte. Wien. med. Wschr. Nr. 39, u. 41. (S. 29.)
133. *Derselbe*: Allgemeine entwicklungsdynamische Grundlagen der Konstitutions- und Vererbungspathologie. Anatom. Anzeiger Bd. 58, S. 160, Ergänzungsheft.
134. *Derselbe*: Was hat der Arzt vom Mendelismus zu erwarten? Deutsche med. Wschr. H. 39, S. 1333. (S. 29*.)
135. *Gruhle, H. W.*, Anregungen zur Charakterforschung. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, Nr. 3—4, S. 305.
136. *Derselbe*, Konstitution und Charakter. Die Naturwissensch. 12, H. 47, S. 969. (S. *W* 32*.)
137. *Gudden, H.*, Abasin, ein neues Beruhigungsmittel. Med. Klin. H. 28, S. 974. (S. 20*.)
138. *Gundert, H.*, Osteomalazie und Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 39. (S. 29*.)
139. *Hammer, W.*, War Mohammed geisteskrank, fallsüchtig oder muttersüchtig? Ztschr. f. Psycho-therap. u. med. Psychol. Bd. 8, H. 5/6, S. 341.
140. *Hanes, E. L.*, Management and medical treatment of the nervous patient. New York state journ. of med. Bd. 24, Nr. 16, S. 759.
141. *Hanse*, A., Beitrag zur Frage der menstruellen Neurosen und Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 5, S. 643. (S. 29*.)
142. *Harford, Ch.*, Squint and the child mind. Child Bd. 14, Nr. 4, S. 97.
143. *Hartmann, F.*, Noktal, ein neues Schlafmittel. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1336. (S. 21*.)
144. *Haskovec, L.*, A propos de la question de la localisation de la conscience centrale. Rev. neurol. Teil 2, Nr. 3, S. 276.
145. *Hauptmann, A.*, Menstruation und Psyche. (Versuch einer verständlichen Inbeziehungsetzung somatischer und psychischer Erscheinungsreihen. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 1. (S. 29*.)
146. *Held, P.*, Allional-Roche, ein schmerzstillendes, Beruhigungs- und Schlafmittel. Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 1801. (S. 20*.)
147. *Henckel, K. O.*, Körperbaustudien an Geisteskranken. III. Konstitutioneller Habitus und Rassenzugehörigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, H. 1—2, S. 27.
148. *Henry, G. W.*, Some roentgenologic observations of gastro-intestinal conditions associated with mental disorders. Americ. journ. of psych. Bd. 3, H. 4, S. 681.
149. *Herz, E.*, Erfahrungen mit Dicodid in der Psychiatrie und Neurologie. Deutsche med. Wschr. Nr. 14, S. 431.
150. *Herz, M.*, Die Wohnungsnot als auslösendes und inhaltliches Moment bei Neurosen und Psychosen. Wien. klin. Wschr. Nr. 47, S. 1213.

151. *Herzig, E.*, Das Sedativum Albroman. Wien. med Wschr. Nr. 40 S. 2098.
152. *Heupke*, Über die Einwirkung von Arzneimitteln auf die Gehirngefäße des Menschen. Ztschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 44, H. 1/2, S. 198.
153. *Hildebrandt, K.*, Der Beginn von Nietzsches Geisteskrankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, Nr. 1—3, S. 283.
154. *Derselbe*, Norm und Entartung des Menschen. Dresden, Sybillenverlag. 303 S. 6,90 M. (S. 32*.)
155. *Hilpert, P.*, Der Koordinationsmechanismus. Klin. Wschr. Nr. 42, S. 1889.
156. *Derselbe*, Intoxikationserscheinungen im Verlaufe therapeutischer Anwendung von Scopolamin. Klin. Wschr. H. 7, S. 280.
157. *Hirsch, E.*, Zur Frage der Schlafzentren im Zwischenhirn des Menschen. Med. Klin. Nr. 38, S. 1322. (S. 34*.)
158. *Hoche*, Das Leib-Seele-Problem. D. Naturwissensch. XII, H. 47, S. 963.
159. *Hoenig-Siedersleben, Ch.*, Die Ableitung der Besonderheiten der Traumpsyche aus einer Zustandsänderung des schlafenden Gehirns. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 1/2, S. 85.
160. *Hofstätter, R.*, Über eingebildete Schwangerschaften. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. 47 S. 1,50 M. (S. 30*.)
161. *Hollander, B.*, Brain and Intelligence. The etholog. journ. Okt. 1923. (S. 39*.)
162. *Honigmann, G.*, Über medizinische Systematik. Leipzig, Repertorienverlag. 19 S. 0,80 M. (S. 23*.)
163. *Hornstein, O.*, Erfahrungen mit Curral „Cewega“, einem neueren Hypnotikum und Sedativum. Fortschr. d. Med. H. 1, S. 8. (S. 20*.)
164. *House, W.*, Nonsyphilitic psychoses in syphilitic patients. Journ. of the amer. med. assoc. Bd. 83, Nr. 4, S. 239.
165. *Hunt, J. R.*, A theory of the mechanism underlying inhibition in the central nervous system. Arch. of neur. a. psych. Bd. 11, Nr. 4, S. 418.
166. *Hutter, A.*, Neue Erblichkeitsuntersuchungen in der Psychiatrie. (Holländ.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. Teil 2, Nr. 3, S. 374. (S. 39*.)
167. *Hyslop, Th.*, Some problems of the future. Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 17, Nr. 4, sect. of psychiat. S. 1.
168. *Derselbe*, Discussion on postoperative and puerperal mental disorder. Ebenda Nr. 6, sect. of med. S. 1.
169. *Jackson, J. A.*, and *Pike, H. V.*, An analysis of 700 cases of mental disorder and mental defect. Journ. of the americ. med. assoc. Bd. 82, Nr. 14, S. 1098.
170. *Jacob, Ch.*, u. *Meyer, G.*, Über Spiritismus und Psychose. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 212.
171. *Jacob, Ch.*, Ein Fall von chronischer Bromuralvergiftung. Med. Klin. Nr. 22, S. 747.
172. *Jacobi Walter*, Über eine Tanzepidemie in Thüringen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 3/4.

173. *Janichewski, A.*, Réflexe de préhension (symptome de décérébration du mésencéphale). Presse méd. Nr. 92, S. 905.
174. *Janota, O.*, Schöpfungen Geisteskranker. (Tschech.) Časopis lékařův českých. Nr. 6, S. 262 u. Nr. 7, S. 308.
175. *Jehle*, Abasin, ein neues Sedativum in der Kinderheilkunde. Wien. med. Wschr. Nr. 12. (S. 20*.)
176. *Jeliffe, S. E.*, Parts of central nervous system which tend to exhibit morbid recessive or dominant characters. Arch. of neurol. a. psych. Bd. 12, Nr. 4, S. 380.
177. *Ipsen*, Veronalvergiftung. Wien. med. Wschr. H. 39.
178. *Isserlin, A.*, Die Entwicklung des Simulationsbegriffes in der Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5/6, S. 355.
179. *Kärcher, M.*, Die kombinierte Hopfen-Baldrian-Therapie. Fortschr. d. Med. Nr. 18—19, S. 243.
180. *Derselbe*, Ein Beitrag z. Jodtherapie. Ärztl. Rundsch. Nr. 12, S. 151.
181. *Derselbe*, Zur Wirkung des neuen Sedativum und Hypnotikum Allional. Klin. Wschr. H. 44, S. 2030. (S. 20*.)
182. *Karplus, I. P.*, Die Sonderstellung der Genitalhaut bei der Sensibilitätsleitung. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1015. (S. 34*.)
183. *Karplus, J. P.*, u. *Kreidl, A.*, Gehirn und Sympathicus. 5. Mitt. Latenzbestimmungen unter Anwendung einer neuen Methode. Pflügers Arch. Bd. 203, H. 5—6, S. 533. (S. 37*.)
184. *Kayser-Petersen, J. E.* Die heutige Benennung der „depressiven Bewußtseinsstörungen" im Lichte geschichtlicher Betrachtung. Med. Klin. H. 1, S. 34.
185. *Derselbe*, Wandlungen in der Nomenklatur der depressiven Bewußtseinsstörungen durch zwei Jahrtausende. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 80, Nr. 5—6, S. 277.
186. *Kehrer, F.*, und *Kretschmer, E.*, Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin, J. Springer. 206 S. 12,— M. (S. 26*.)
187. *Keining, E.*, Mesenchymale Reiztherapie bei Infektionskrankheiten. München, O. Gmelin. 50 S. 1,50 M. (S. 21*.)
188. *Kekule v. Stradonitz, St.*, Der Ketzerkönig Ekhinaton von Ägypten und sein Nachfolger Tut-ankh-Amon im Lichte der Vererbungslehre. Ztschr. f. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2—3, S. 414.
189. *Kelch, W. G.*, Immanuel Kants Schädel. Königsberg, Gräfe & Unzer. Neudruck der Ausg. v. 1804, 30 S. 1,— M. (S. 30*.)
190. *Kieme*, Ergebnisse der Wirksamkeit des Schlafmittels „Ludarin". Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 29/30, S. 158. (S. 20*.)
191. *Kino, F.*, Über eine neue Methode der experimentell-anatomischen Forschung am Zentralnervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 671. (S. 35*.)
192. *Kipper, F.*, Veronalvergiftung? Ärztl. Sachverst.-Ztg, Nr. 20, S. 191.

193. *Knab*, Ein eigenartiger Selbstmordfall. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 23—24, S. 127.
194. *Knoll*, *H.*, Experimentelle Untersuchungen über die Aktivität bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 176.
195. *Kochmann*, *R.*, Bemerkungen zum Problem der Konstitution, insbes. der neuropathischen. Jahrb. f. Kinderhk. 104, H. 1/2, S. 79.
196. *Köhler*, *W.*, Bemerkungen zum Leib-Seele-Problem. Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1269.
197. *Kollarits*, *J.*, Über den Begriff der Heredodegeneration Jendrassiks. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 15, H. 1, S. 133.
198. *Derselbe*, Die Probleme des Charakters, des Trieblebens, der Vitalität, Horme und die Heredodegenerationskonzeption Jendrassiks in der Psychiatrie. Die Gruppe der psychischen Heredoanomalien. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 21. (S. 26*.)
199. *Korbsch*, *H.*, Über Störungen der vertikalen Augenbewegungen bei Veronal- bzw. Medinalintoxikation. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3/4, S. 473.
200. *Koritschan*, *A.*, Über das neue Sedativum Abasin. Wien. klin. Wschr. Nr. 12, S. 294. (S. 20*.)
201. *Koslowsky*, *S.*, Zum Schlafproblem. Fortschr. d. Med. Nr. 12, S. 144. (S. 25*.)
202. *Kraepelin*, Über „exogene Reaktionstypen“. Deutsche Forsch.-Anst. f. Psych. 1924; Bericht: Zentrlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40, H. 5/6, S. 379.
203. *Krekeler*, Ludarin. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 29/30, S. 157. (S. 20*.)
204. *Krestnikoff*, *N.*, Zur Lehre von den Grundprinzipien der geistigen Vorgänge. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 49, H. 3/4, S. 185.
205. *Kronfeld*, *A.*, Das seelisch Abnorme und die Gemeinschaft. Stuttgart, J. Püttmann. 21 S. 0,45 M. (S. 30*.)
206. *Kuhlmann*, *E.*, Paradoxe Konvergenzreaktion der Pupille. Klin. Mtsbl. f. Augenhk. Bd. 72, März/April S. 409.
207. *Kuo*, *Z. Y.*, A psychology without heredity. Psychol. review. Bd. 31, Nr. 6, S. 427.
208. *Laband*, *L.*, Über Abasin, ein neues Sedativum. Ther. d. Gegenw. H. 7, S. 335.
209. *Laignel-Lavastine*, *M.*, Anxiété volupté et pneumogastrique. Paris méd. Nr. 42, S. 321.
210. *La Mendola*, *S.*, Azione degli ipnotici sui lipoidi cerebrali. Arch. di farmacol. sperim. e scienze aff. Bd. 38, H. 1, S. 32 u. H. 2, S. 33.
211. *Lehmann*, *F.*, Erfahrungen mit Curral. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, H. 5/6, S. 28.
212. *Lentz*, *A.*, Die psychologische und physiologische Methode in der Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57, H. 2, S. 81.

213. *Lentz, O.*, Über Auslesekrankheiten. Klin. Wschr. Nr. 37, S. 1685.
214. *Leoncini, F.*, Considerazioni sopra alcuni dati statistici sul suicidio. Riv. speriment. di freniat. Bd. 48, H. 3/4, S. 489. (S. 39*.)
215. *Levinger, E.*, Kritische Untersuchungen zur Frage der induzierten Tonusveränderungen beim normalen Menschen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 82, H. 1/2, S. 84. (S. 37*.)
216. *Levy, D.*, A method of determining the mental age during a physical examination. Arch. of neur. a. psychiat. Bd. 11, Nr. 6, S. 669.
217. *Lewis, N. D. C.*, A discussion of the relationship of the chemical, physical, and psychologic aspects of the personality. Psycho-analytic review Bd. 11, Nr. 4, S. 403.
218. *Leyser, E.*, Schlaf und Stupor. Ein hirnpathologischer Versuch. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 30, H. 5/6, S. 257.
219. *Loewy, A.*, u. *Loewy, I.*, Zur Jodbromtherapie mit Jobramag. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, S. 14.
220. *Loewy-Hattendorf, E.*, Die Diallylbarbitursäure: Dial oder Curral? Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 1801. (S. 20*.)
221. *Loitman, C.*, Chronic trional poisoning: Report of a fatal case. Boston med. a. surg. journ. Bd. 191, Nr. 11, S. 491.
222. *Lombroso, G.*, Dell'influenza della fantasia femminile sulla pazzia della donna. Quaderni di psichiat. Bd. 11, Nr. 9/10, S. 167.
223. *Looney, J. M.*, A biochemical study of the blood in mental disorders. Americ. journ. of psychiat. Bd. 4, Nr. 1, S. 29.
224. *Lucksch, Fr.*, Über das „Schlafzentrum". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, H. 1/2, S. 83.
225. *Ludlum, Seymour de Witt*, Physiologic conditions under which insanity occurs. Arch. of neur. a. psychiat. Bd. 11, Nr. 3, S. 282.
226. *Lutz, W. J.*, The relation of mental to physical growth. Psychol. clin. Bd. 15, Nr. 5, S. 125.
227. *Luxenburger, H.*, Über Versuche mit einem neuen Opiumpräparat (Neurophyllin). Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 29/30, S. 154. (S. 21*.)
228. *Macbride, H. J.* and *Carmichael, E. A.*, Recent neurological therapeutics. Lancet. Bd. 207, Nr. 19, S. 958.
229. *Magnus, R.*, Körperstellung. Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Physiol. d. Pflanzen u. Tiere, 6. Bd.; Berlin, J. Springer 740 S.; 27 M. Ber.: Minkowski, Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych., Bd. 16, S. 167.
230. *Maier, H. W.*, Die Bedeutung geistiger Störungen für d. Armee. Allg. Schweizerische Milit.-Ztg.
231. *Mann, L.*, und *Schleier, J.*, Saitengalvanometrische Untersuchungen betr. den Muskeltonus in normalen und pathologischen Zuständen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 3—5, S. 551.
232. *Mannheim, M. I.*, Die Scopolaminwirkung i. d. Selbstbeobachtung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 8, (S. 22*.)

233. *Marañon, G.*, Erregung u. kritisches Alter (span.). Siglo med. Bd. 73, Nr. 3656, S. 1.
234. *Marie, A.* et *Kohen, V.*, Le traitement de l'insomnie des psychopathes par le diéthyldipropénylbarbiturate et diéthylamine. Arch. internat. de neurol. Teil 1 Nr. 4, S. 121.
235. *Marinesco, G.*, Nouvelles contributions à l'étude du rôle des ferments oxydants dans les phénomènes de la vie du neurone. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 15 Nr. 1, S. 3. (S 39*),
236. *Marinesco, G.* et *Radovici, A.*, Contribution à l'étude des réflexes profonds du cou et des reflexes labyrinthiques. Rev. neurol. Teil 1, Nr. 3, S. 289.
237. *Márquez, M.*, Die Bahnen des Pupillenlichtreflexes und seine funktionellen Veränderungen, besonders das Argyll-Robertsonsche Phänomen und seine Variationen (span.). Progr. de la clin. Bd. 28, Nr. 6, S. 901.
238. *Derselbe*, Einseitiges Argyll-Robertson-Phänomen im Verlaufe eines pulsierenden Exophthalmus traumatischen Ursprungs. Einige Betrachtungen über Lichtreflexe und andere pupilläre Mitbewegungen. Klin. Monbl. f. Augenhk. Bd. 73, Nov.-Dez., S. 588.
239. *Marston, W. M.*, A theory of emotions and affection based upon systolic blood pressure studies. Americ. journ. of psychol. Bd. 35 Nr. 4, S. 469.
240. *Martin, F. R.*, The reaction of the blood to the ingestion of protein in the psychoses. Journ. of mental science Bd. 70 Nr. 291, S. 554.
241. *Mc William, W.*, Folie à deux. Journ. of mental science Bd. 70 Nr. 289, S. 261.
242. *Mayer, C.*, Beiderseitiger gekreuzter Grundgelenkreflex und andere gekreuzte Reflexe bei früh entstandener Gehirnerkrankung. Wien. klin. Wschr. Nr. 21, S. 515. (S. 37*.)
243. *Derselbe*, Bemerkungen zur Arbeit von Erna Ball: Über die diagnostische Bedeutung des Grundgelenkreflexes. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 56, Nr. 1, S. 57. (S. 37*.)
244. *Derselbe*, Bestimmung der Reflexzeit des Grundgelenkreflexes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 396. (S. 37*.)
245. *Mayer, C.*, Zur Aufklärung in Sachen des „Fingerdaumenreflexes". Anatom. Anzeiger Bd. 57, Nr. 18, S. 382.
246. *Mercklin, A.*, Notiz zur Anwendung des Curral. Psych. neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 9—10, S. 48. (S. 20*.)
247. *Meschede*, F. Kant und sein Schädel und die Eigenart seiner geistigen Veranlagung. Münster i. W., F. Theissing, 14 S., 1 M.
248. *Meyer, E.*, Zur differenzialdiagnostischen Bedeutung vestibulärer Symptome. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 152. (S. 34*.)
249. *Michel, R.*, Der Wille zum Kranksein. Wien. klin. Wschr. Nr. 3.
250. *Michel, R.* u. *Weeber, R.*, Körperbau und Charakter. (Eine Studie zu

E. Kretschmers Forschungen.) Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 265. (S. 33*.)

251. *Middlemiss*, *J.*, Mental trends and mechanisms, and their relation to disease considered in their more familiar manifestations. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 289, S. 217.

252. *Mielck*, *M. J.*, Über Sinnestäuschung bei Glaubenshelden. Dresden, Selbstverlag, 0,60 M.

253. *Miller*, *H. C.*, The physical basis of emotional disorders. Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 17, Nr. 8, sect. of psychiat. S. 27 u. Lanzet 23. 2. 1924.

254. *Mills*, *G. W. T.*, A report on some heredity studies,. Amer. journ. of pschiat. Bd. 4, H. 1, S. 103.

255. *Minkowski*, *M.*, Zum gegenwärtigen Stand der Lehre von den Reflexen in entwicklungsgeschichtlicher und anatomisch-physiologischer Beziehung. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 2, S. 176 und 239.

256. *v. Monakow*, *C.*, Grundlagen der biologischen Psychiatrie (span.). Med. germ.-hisp.-americ. Nr. 3, S. 183.

257. *Derselbe*, Hirnpathologisches (aus „Fünfzig Jahre Neurologie", Zürich, Orell Füßli). (S. 30*.)

258. *Montemezzo*, *A.*, Sul riflesso rotuleo: semplice espediente a facilitarne il rilievo. Giorn. di psichiat. clin. e tecn. manicom. H. 1/2, S. 59.

259. *Moodie*, *W.* and *Boyd*, *E.*, The phosphate ratio in mental disease. Lancet Bd. 207, Nr. 5, S. 218.

260. *Moser*, Bemerkungen zum Konstitutionsproblem in der Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 829. (S. 33*.)

261. *Much*, *H.*, Vom Wesen des Lebens (Moderne Biologie, H. 7.). Leipzig, C. Kabitzsch, 36 S., 0,90 M. (S. 30*.)

262. *Müller*, *A.*, Das Individualitätsproblem und die Subordination der Organe. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 48, H. 3—4, S. 290. (S. 30*.)

263. *Müller*, *E.*, Cäsaren-Porträts, 2. Teil, Bonn, Marcus u. Weber. 64 S., 11 Tafeln, 7.50 M. (S. 30*.)

264. *Murri*, Nosologia e Psicologia. Bologna, Nicola Zunichelli, 208 S.

265. *Naujocks*, *H.*, Die temporäre Sterilisierung der Frau. Deutsche med. Wschr. Nr. 41, S. 1406.

266. *Nolan*, *M. I.*, Some considerations on the presentday knowledge of psychiatry, and its application to those under care in public institutions for the insane. Journ. of mental science Bd. 70, Nr. 291, S. 507.

267. *Norbury*, *F. P.*, Seasonal curves in mental disorders. Med. journ. a. record, Bd. 119, Nr. 8, S. 81.

268. *Pachon*, *V.* et *Petiteau*, *C.*, Du rôle de la tension actuelle musculotendineuse dans la production du réflexe rotulien. Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 91, Nr. 20, S. 39.

269. *Pagel, W.*, Erfahrungen über ein neues Schlafmittel „Noctal". Therap. d. Gegenw. Nr. 11, S. 526. (S. 21*.)
270. *Pascal, C.*, La thérapeutique des chocs dans les maladies mentales. Presse méd. Nr. 22, S. 234.
271. *Pende, N.*, Il sistema nervoso vegetativo nella vita somatica e psichica. Quaderni di psichiat. Nr. 11, S. 1.
272. *Pick, A.*†, Historische Notizen zur Geschichte der Neurologie und Psychiatrie aus der englischen Literatur. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, S. 233.
273. *Pilcz, A.*, Die weiteren Lebensschicksale von Kindern, welche während des Bestehens einer mütterlichen Geistes- oder Nervenkrankheit geboren worden sind. 1. Mitt.: Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 103. (S. 31*.)
274. *Derselbe*, Zur somatischen Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1026.
275. *Plaut, R.*, Beobachtungen zur Sperrung des Skelettmuskels. Pflügers Arch. Bd. 202, H. 3—4, S. 410. (S. 38*.)
275 a. *Pollock, H. M.*, The future of mental diseases from a statistical viewpoint. Amer. journ. of psychiat. Jan. (S. 39*.)
276. *Pophal, R.*, Das Gesetz der spezifischen Energie und das biologische Grundgesetz in Anwendung auf die Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57, H. 2, S. 63.
277. *Prinzhorn*, Geisteskrankheiten u. Künstlertum. La Med. germ.-hisp.-amer. Nr. 10.
278. *Rademaker, G. G. I.*, Die Bedeutung der roten Kerne und des übrigen Mittelhirns für Muskeltonus, Körperhaltung und Labyrinthreflexe (Holländ.). Diss. Utrecht.
279. *Redlich, E.*, Gibt es ein Fehlen der Sehnenreflexe als „Degenerationszeichen?" Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1033. (S. 37*.)
280. *Regester, R. P.*, Stupor. Med. clin. of North-America Bd. 8, Nr. 3, S. 1007.
281. *Ridder, O.*, *Spengler u. Kretschmer.* Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 612.
282. *Rieger, K.*, Wie geht es in dem Hirn zu? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2 u. 3, S. 392.
283. *Rieti, E.*, Sulla patogenesi del suicidio. Riv. di psicol. Nr. 1, S. 23.
284. *Rimbaud* et *Brulet*, Etude du réflexe de Bechterew-Mendel, réflexe tarso-phalangien, sa valeur séméiologique. Presse méd. Nr. 19, S. 297.
285. *Rittershaus, E.*, Die Psychiatrie für die Praxis, Anhang zu: Diagn.-therap. Vademecum. Leipzig. A. Barth, 22. Auflage, 552 S., 6 M. (S. 23.)
286. *Rodionow, S.*, Die Steinachsche Operation in einem Falle von arteriossklerotischer Psychose (Russ.). Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psychiat. Bd. 4, S. 144.

287. *Rosenberg, M.*, Der umgekehrt wirkende Jendrassiksche „Kunstgriff". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 1—2, S. 254. (S. 37*.)

287 a. *Derselbe*, Der Begriff der Kausalität in der Neurologie. Arch. de medic, cirug. y espec. Bd. 12, Juli. (S. 39*.)

288. *Rosenfeld, M.*, Über Bewußtseinszentren. Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1271. (S. 25*.)

289. *Roubinovitsch, Baruk, Bariéty.* La neuro-psychiatrie infantile, ses lois, ses facteurs étiologiques; essai de classification. Presse méd. Nr. 26, S. 281.

290. *Roxo, H.*, Urämie und Geisteskrankheit (Portug.). Brazil-med. Bd. 1, Nr. 23, S. 317.

291. *Rüdin, E.*, Erblichkeit und Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, S. 502. (S. 33*.)

292. *Derselbe*, Über rassenhygienische Familienberatung. Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biol. Bd. 16, H. 1, S. 162. (S. 33*.)

293. *Ruf, S.*, Familienbiolog[illegible] Schwarzwalddorfes. Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biol., Bd. 15, H. 4, S. 353. (S. 33*.)

294. *Rümke, H.*, Briefe aus Holland, I. Das psychiatr. Leben an den Universitäten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 3—5, S. 351. (S. 24*.)

295. *Russetzky, J. I.*, Klinische Beobachtungen über die Wirkung von Pilocarpin bei Nervenerkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, S. 381.

296. *Salmon* (New-York). Mind and medicine. New-York, Columbia university press, 33 S.

297. *Salomon, A.*, Über ein Fußphänomen im Säuglingsalter. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 83, S. 47. (S. 37*.)

298. *Santenoise, D.*, Essai de diagnostic biologique des états d'excitation et de dépression. Journ. med. franç. Bd. 13, Nr. 5, S. 186.

299. *v. Sarbó, A.*, Zwischen- u. Mittelhirnsymptome als Begleiterscheinung von parenteral erzeugter Temperaturerhöhung. Klin. Wschr. Nr. 50, S. 2290. (S. 22*.)

300. *Schilder, P.*, Über den Wirkungswert psychischer Erlebnisse und über die Vielheit der Quellgebiete der psychischen Energie. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 1.

301. *Schmidt, W.*, Ekstatische und Hysterische. Eine charakterologische Studie. Arch. f. Psych. Bd. 73, H. 2—4, S. 211.

302. *Schmitz, H.*, Ludarin, eine neue Schlafmittelverbindung. Münch. med. Wschr. Nr. 38, S. 1345. (S. 20*.)

303. *Schneidemühl, G.*, Die Bedeutung der Handschriftenbeurteilung für den Arzt. Deutsche med. Wschr. Nr. 34 u. 35, S. 1157.

304. *Schneider, E.*, Über die euphorisierende Wirkung des Novoprotin und ihre Anwendung in der Psych. Bd. 81, H. 6, S. 363.

305. *Derselbe*, Über Luminalinjektionen bei Erregungszuständen. Münch. med. Wschr. Nr. 50, S. 1753.

306. *Derselbe*, Zur Therapie der „Menstrualpsychosen". Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 6, S. 368. (S. 22*.)
307. *Schneider*, *G. H.*, Psychose durch Meningitis im Verlaufe einer entzündlichen Genitalerkrankung. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 68, H. 1, S. 29.
308. *Schneider*, *K.*, Über die Notwendigkeit einer dreifachen Fragestellung bei der systematischen Erfassung von Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 200.
309. *Schott*, *E.*, Über die Verwendbarkeit des Symptomes der Stereoagnosie in der topischen Diagnostik. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 80, H. 5—6, S. 357. (S. 35*.)
310. *Schramm*, *F.*, Zusammenfassende Erfahrungen über die Behandlung der Nerven- und Geisteskrankheiten mit der Preglschen Jodlösung. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 71.
311. *Schröder*, *P.*, Bauplan und Verrichtungen der Großhirnrinde des Menschen. Greifswalder Universitätr.ieu. 13, Greifswald, L. Bamberg, Ratsbuchhdlg. 28 S. (S. 25*.)
312. *Šebek*, *J.*, Grundstoffwechsel in Neurologie und Psychiatrie. (Tschech.), Rev. v. neur. a psychiat. Jg. 21, Nr. 11, S. 314.
313. *Senise*, *T.*, Il riflesso mesorotuleo Nota prev. Cervello Nr. 4, S. 217.
314. *Sérieux*, *P.*, Le traitement des maladies mentales dans les maisons d'aliénés du 18. ème siècle. Arch. de neur. 2, Nr. 3 u. 4.
315. *Sheehan*, *R. F.*, Military mental defect. Milit. surgeon Bd. 55, Nr. 4, S. 515.
316. *Siemens*, *H.*, Die Bedeutung der „Zwillingspathologie" für die ätiologische Forschung, erläutert am Beispiel der Linkshändigkeit. Sitzber. d. Gesell. f. Morphol. u. Physiol. München. (J. F. Lehmann). S. 68. (S. 35*.)
317. *Derselbe*, Über Linkshändigkeit. Ein Beitrag zur Kenntnis des Wertes und der Methodik familien-anamnestischer und korrelations-statistischer Erhebungen. Virch. Arch. Bd. 252, H. 1, S. 1. (S. 35*.)
318. *Simon*, *W.*, Konstitutionforschung in der Gynäkologie. Deutsch. med. Wschr. Nr. 47, S. 1615, Nr. 48, S. 1652. (S. 34*.)
319. *Sittig*, Über das Babinskische Phänomen. Prag, Ver. dtsch. Ärzte, 5. 12. 1924. Bericht: Med. Klin. Nr. 51, S. 1924. (S. 35*.)
320. *Snowden*, *E.*, The anxiety state and endocrine disturbance. Med. journ. a. record. Bd. 119, Nr. 1, S. 23.
321. *Sommer*, *R.*, Psychiatrie und Psychologie. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 1706.
322. *Spatz*, *H.*, Über Haeckels biogenetisches Grundgesetz in der Entwicklungsgeschichte des Gehirns. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1/4, S. 188.
323. *Spiegel*, *E. A.*, Streifenhügel und Körperhaltung. Nach Versuchen mit Tetanus und Strychninvergiftung. Klin. Wschr. Nr. 35, S. 1568.

324. *Stahl, R.*, Die Bedeutung der Haut und des vegetativen Nervensystems für Herdreaktionen besonders bei der Bäder- und Reiztherapie. Deutsche med. Wschr. Nr. 35, S. 1186. (S. 38*.)

325. *Stahl, R.* und *Bahn, K.*, Untersuchungen über physikalisch-chemische Veränderungen der Blutflüssigkeit nach warmen und kalten Bädern. Ztschr. f. d. ges. physik. Ther., Bd. 29, H. 2, S. 57. (S. 38*.)

326. *Stanojević, L.*, Über den protahierten Einfluß des Luminals auf die psychische Arbeit Gesunder. (Kroat.). Liječnički vjesnik., Nr. 7, S. 297.

327. *Starkenstein, E.*, Grundsätzliches u. Spezielles z. heutigen Pharmakotherapie. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., H. 8, S. 1. (S. 21*.)

328. *De Steffani, P.*, Osservazioni statistiche comparative intorno agliabitanti di Bette e di Pianazzola (Valtellina) in relazione con le alienazioni mentali congenite. Arch. di antropol. crim. psichiat. e med. leg. Bd. 44, H. 2, S. 105 u. H. 3, 211.

329. *Stein, L.*, Entwicklungsgeschichtliche Deutung der Entstehung des Silbenwiederholens. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 573. (S. 38*.)

330. *Stiefler, G.*, Über die Behandlung der Nervenkrankheiten mit der konzentrierten Preglschen Jodlösung (Septojod). Wien. klin. Wschr. Nr. 39, S. 1005. (S. 22.)

331. *Strasser, A.*, Über das Abasin. Wien. med. Wschr., Nr. 12.

332. *Straub* und *v. Rad.* Über entbittertes Veronal (Paranoval). Deutsche med. Wschr. Nr. 11, S. 329.

333. *Strecker, H.*, Kritisches Sammelreferat über die Behandlung auf dem Liquorwege. Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 1099. (S. 38*.)

334. *Derselbe*, Über Temperaturveränderungen des Menschen als Folgeerscheinung endolumbaler Eingriffe (Punktion, Injektion, Lufteinblasung). Dtsch. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1/4, S. 232.

335. *Strube, H.*, Skopolamin-Idiosynkrasie. Ztschr. f. Geburtsh. Nr. 87, H. 3, S. 572.

336. *Stuurman, F.*, Harnaziditätsbestimmungen bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 142. (S. 38*.)

337. *Švejcar, J.*, Familiäre Krampfleiden (Tschech.). Časopis lékařův ceských, Nr. 4, S. 97.

338. *Targowla, R.*, Azotémie et troubles mentaux. Presse méd. Nr. 31, S. 336.

339. *Terrien, F.*, Neurorétinite et amblyopie par ingestion de véronal. Arch. d'ophth. Bd. 41, Nr. 4, S. 204.

340. *Tilmann, O.*, Rückblicke und Ausblicke in der Chirurgie (Rektoratsrede) Köln, O. Müller 23 S. 0,75 M. (S. 22*.)

341. *Timme, Walter*, The so-called unit characters in relation to hereditary disturbances of the nervous system. Arch. of neur. a. psychiat. Bd. 12, Nr. 2, S. 131.

342. *Tinel, J.* et *Santenoise, D.*, Les Variations de l'équilibre vagosympathique dans les crises confusionelles, Encéphale, Nr. 7, S. 426.
343. *Tramer, M.*, Therapeutische Probleme in der gegenwärtigen Psychiatrie. Ärzteges. Solothurn 6. 7. 1924; Bericht: Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 2, S. 318. (S. 24*.)
344. *Traugott, R.*, Erfahrungen mit einer neuen Schlafmittelkombination, dem „Lumiatol". Med. Klin. Nr. 26, S. 902.
345. *Trentzsch, Ph. J.*, The objective findings in the psychoses. Arch. of. neur. a. psychiat., Bd. 12, Nr. 4, S. 370.
346. *Trochine, G.-J.*, La structure de la psychose. Ann. méd. psychol. Nr. 1, S. 13, Nr. 2, 116.
347. *Trömner, E.*, Meine neurologischen Untersuchungsinstrumente. Klin. Wschr. Nr. 33.
348. *Derselbe*, Über den Selbstmord. Hamburg, ärztl. Ver. 8. 7. 24; Bericht: Dtsch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1462.
349. *Tsuchiya, St.*, Studien über die Entleerung von Phosphorsäure mit dem Harne bei Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 235.
350. *Derselbe*, Über den Verlauf der Blutzuckertoleranz bei Psychosen. 1. Mitt, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 23.
351. *Derselbe*, Untersuchungen über die Entleerung von Phosphorsäure durch den Harn bei Kaninchen, die durch Antihirnimmunserum behandelt wurden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 90, Nr. 1—2, S. 248.
352. *Tuttle, W. W.*, The effect of attention or mental activity on the patellar tendon reflex. Journ. of exp. psychol. Bd. 7, Nr. 6, S. 401.
353. *Vandervloet*, La psychiatrie et son évolution biologique. Journ. de neur. et de psychiat. Nr. neur. 2, S. 21, Nr. 3, 41.
354. *Valle y Aldebalde*, Induziertes Irresein. Siglo med. Bd. 71, Nr. 3675.
355. *Vercellini*, On the basal ganglia. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 60, Nr. 5, S. 449.
356. *Villaverde, H. M.*, Die moderne Psychiatrie und die Gedanken von Bleuler. Siglo medico 71, Nr. 3682.
357. *Vinchon, J.* La conception de la folie dans l'oeuvre de Schopenhauer Journ. de psychol. norm. et pathol. Nr. 5, S. 488.
358. *Wachholder*, K. und *Altenburger, H.*, Experimentelle Untersuchungen zur Entstehung des Fußklonus. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 84, S. 117.
359. *Dieselben*, Über die Wechselbeziehungen zwischen den Sehnenreflexen und der antagonistischen Innervation unserer Muskeln. Pflüger Arch. Bd. 203, Nr. 5—6, S. 620. (S. 38*.)
360. *Wagner, J.*, Zur Differentialdiagnose der funktionellen und organischen cerebralen Sprachstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 141.
361. *Warnock, J.*, Twenty-eight years' lunacy experience in Egypt (1895

bis 1923). Journ. of mental science Bd. 70, Nr. 289, S. 233, Nr. 290, 380 u. Nr. 291, 579.

362. *Weichbrodt, R.*, *Heinrich Leuthold*, Eine Pathographie. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3—4, S. 515.

363. *Weicksel, M.*, Plasmon, Promonta, Pharmozon. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 13—14, S. 69 u. Nr. 15/16, S. 80.

364. *Weinberg, Fr.*, Erfahrungen mit dem Schlafmittel Curral. Deutsche med. Wschr. Nr. 40, S. 1377. (S. 20*.)

365. *Weitz, W.*, Die Bedeutung der Erblichkeit für die Ätiologie. Ergebn. d. ges. Med. Nr. 5, S. 468.

366. *Derselbe*, Studien an eineiigen Zwillingen. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 101, H. 1—2, S. 115. (S. 31*.)

367. *Westphal, A.*, Über wechselnde Pupillenstarre („Spasmus mobilis") bei Katatonie und Encephalitis epidemica. Bonn, psych. Ver. d. Rheinp. 26. 7. 1924. Bericht: Ztrbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 39, H. 3—4, S. 175. (S. 35*.)

368. *Wick, W.*, Die Funktionsprüfung des Auges, mit einem Anhang: Physiologie und Pathologie der Pupille für Studierende und praktische Ärzte. Berlin, S. Karger 146 S., 5,40 M. (S. 23*.)

369. *Wiechmann, E.*, Körper und Schlaf. Münch. med. Wschr. Nr. 35, S. 1191. (S. 39*.)

370. *Winkler, C.*, The organisation of medical education in psychiatry and neurology at the Dutch universities with special reference to the neuro-psychiatric clinic at Utrecht university. Journ. of mental science Bd. 70, Nr. 289, S. 179.

371. *Wollny*, A., Erfahrungen mit Tetrophan. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 833.

372. *v. Wyss, W. H.*, Über den Einfluß psychischer Vorgänge auf die Innervation von Herz und Gefäßen. Schweiz. Arch. f. Psychiatr. Bd. 14, H. 1, S. 30. (S. 39*.)

373. *Ziehen, Th.*, Das Leib-Seele-Problem. Dtsch. med. Wschr. Nr. 38, S. 1267.

374. *Zingerle, H.*, Über Stellreflexe und automatische Lageänderungen des Körpers beim Menschen. Klin. Wschr. Nr. 41, S. 1845.

375. *Ziveri, A.*, Contributo casistico per la pazzia gemellare. Cervello Nr. 3, S. 152.

(38, 163, 220, 246, 364). Günstiger Bericht über Curral und Dial, (50, 190, 203, 302) ebenso über Ludarin, (146, 181) über Allional, (137, 175, 200) über Abasin.

Brandt (49). Veronalvergiftung nach 40 Tabletten zu je 0,5 gr. Tod nach 40 Stunden.

Bing (27). Günstiger Bericht über Dicodid als Ersatz von Morphin und Kodein.

Bürgi (58). Indonal ist gewonnen aus den Versuchen, die Cannabis indica mit Schlafmitteln zu kombinieren. Hersteller Fresenius in Frankfurt a. M. Günstige Wirkung.

Curschmann (80) bespricht eingehend das Indikationsgebiet der Thyreoidinbehandlung. Von den zahlreichen Mitteln der Organtherapie haben sich nur die Schilddrüsenpräparate wirklich bewährt, da sie per os bequem und dauernd gegeben werden können. Das Thyreoidin erzielt wahrscheinlich rein substituierende Wirkungen. Seine Domäne ist in erster Linie das echte Myxödem, z. B. in der Form des spotanen Myxödems des Rückbildungsalters, des kindlichen Myxödems, der Thyreoaplasie und der Thyreohypoplasie und den postinfektiösen Formen. Notwendig ist langdauernde Darreichung. Beim endemischen Kretinismus ist die Wirkung deshalb unzuverlässig, weil dieser Zustand nicht rein endokrin bedingt ist. Sehr günstige Wirkung dagegen wieder bei den gutartigen und unvollständigen Formen des Hypothyreoidismus. Die Dosis beträgt 3—4 mal 0,15. Hyperthyreoide Symptome müssen beachtet werden.

Dannhauser (82) hat organische Nervenkrankheiten mit Yatrenkasein behandelt. Viele Versager, einzelne Erfolge. Anaphylaxiegefahr bei intravenösen Ein spritzungen von Yatrenkasein.

Deicher (84), *Hartmann* (143), *Pagel* (269) haben das Noktal als ganz brauchbar befunden. Es hat eine stärker schlaferzeugende Wirkung als das Veronal, eignet sich aber bei Schmerzen nur in Verbindung mit Antipyreticis.

Keining (187). Eingehende Übersicht über die gesamte Reiztherapie, soweit sie parenteral ausgeführt wird, und ihre theoretischen Grundlagen. Entsprechend der geschichtlichen Entwicklung wird die Vakzinetherapie, die Heterovakzination, die unspezifische Proteinkörpertherapie und die Chemotherapie besprochen. Bei einer weiteren Ausbildung der Zellulartherapie müssen die Nebenerscheinungen möglichst unterdrückt, die gewebsspezifischen Reizwirkungen verstärkt werden.

Luxemburger (227). Günstiger Bericht über ein Opiumpräparat Neurophyllin. Es besteht aus Opium, Salzsäure, Radix valeriana und einer Kombination von Laxantien. Depressive Zustände sind gut beeinflußt. Es wurden bis zu 10 Pillen verabreicht. Vorsicht bei graviden Frauen.

Bürgi (57). Eine äußerst dankenswerte Abhandlung über die Narkotika, die Narkotica der Fettreihe, die Opiumalkaloide, das Skopolamin, das Brom, die Cannabis indica. Sie sei den Psychiatern besonders empfohlen.

Von Einzelheiten sind hervorzuheben, daß die Annahme *Kraepelins*, Alkohol lähme die Apperzeptionen und Assoziationen von Anfang an, allen Beobachtungen aus dem täglichen Leben widerspricht. Diese hätten mehr Wert als pseudoexakte, psychophysikalische Experimente.

Bei der Bromtherapie ist nicht ein totaler Entzug, sondern nur eine genaue Regulierung der Kochsalzzufuhr erforderlich. Die *Erlenmeyer*sche Mischung aus Bromkalium, Bromnatrium, Bromammonium wird als ein therapeutisches Nonsens ersten Ranges erklärt, da es keinen Wert haben kann, die Bromatome zu mischen.

Starkenstein (327). Sehr eingehende Übersicht über ein Kapitel der Pharmakotherapie. Hinweis auf die Fehlanwendungen der einzelnen Mittel, wenn man sich nur nach dem Einteilungsprinzip richtet und nicht die Bedeutung jeder einzelnen Wirkung für die verschiedenen Indikationen richtig wertet. Denn was in einem Falle Hauptwirkung ist, kann bei anderer Anwendung Nebenwirkung werden

und umgekehrt. Ausführlich wird dies an dem Beispiele der Expektorantien auseinandergesetzt, wobei besonders auf die Bedeutung des Kontraktionszustandes der glatten Muskulatur für die Anwendung von Arzneimitteln überhaupt hingewiesen wird. Unter diesem Gesichtspunkte und gleichzeitig unter Hinweis auf die Kenntnis der kombinierten Wirkungen einer zusammengesetzten Arznei, die sich nach dem *Bürgi*schen Gesetz richtet, wird die Gruppe der Carminativa, Analeptika, der Herzmittel besprochen. Weiterhin folgt dann eine Besprechung der Schlafmittel, der Analgetika. In allen Gruppen werden die Auswüchse der chemischen Industrie gezeigt. Schließlich werden die Mittel der Reizkörpertherapie besprochen.

Sarbo (299) hat bei Fällen von multipler Sklerose mit spastischen Erscheinungen nach Einspritzung von Milch während des Fiebers das Auftreten von Muskelstarre, Amblyopie, Herzklopfen und Harnverhaltung gesehen und dies als Erregungserscheinungen der Kerne des Zwischen- und Mittelhirngebiets erklärt. Eine Voraussetzung scheint die Beschädigung der Pyramidenbahn zu sein.

Schneider (306) hat zwei mit der Menstruation zusammenfallende Psychosen mit Einspritzungen von Milch, eine mit Vuzin und Aderlässen behandelt. Günstiger Erfolg.

Stiefler (330) hat mit recht gutem Erfolg die *Pregl*sche Lösung sowohl in der Form des Presojod wie in der des neuen Präparates, des Septojods, bei den verschiedensten Nerven- und Gehirnerkrankungen angewandt. Septojod kommt in Ampullen von 10—40 cm in den Handel; es hat einen etwa 10 mal so großen Gehalt an Jodverbindungen wie das Presojod. Infolge des geringen Gehalts an freiem Jod ist die Gefahr der Thrombosierung gering. Keine Nebenerscheinungen. Anwendung intravenös und intramuskulär.

Mannheim (232). 2 Ärzte erhalten 1 mg Skopolamin und kämpfen gegen den Schlaf lange an. Es kommt u. a. zu massenhaften Illusionen und in geringerem Maße zu Halluzinationen mit und ohne Realitätsurteil, namentlich des Gesichts und des Gehörs. Ferner Störungen des Allgemeinsinnes, Unterbrechungen der Körperkontinuität. Erschwerung der Motorik und der Sprache, Ataxie, taumelnder Gang. Akkomodationsstörungen. Schwere Dysphorie.

Tilmann (340) erwähnt in seiner Rektoratsrede auch die Bedeutung der Lumbal- und Hirnpunktion und ihre Erweiterung durch die Lufteinblasungen in die Hirnhöhlen, ferner die Fortschritte in der operativen Behandlung der Epilepsie.

Die Welt der Bäder und Kurorte (87) erscheint zum ersten Male auf dem Büchermarkt. Das Buch umfaßt 385 Seiten. Es ist in Taschenbuchform gehalten und und kann deshalb bequem auf dem Schreibtisch niedergelegt werden, so daß man es sofort zur Hand hat. Es ist ein Lexikon, das zunächst ein alphabetisches Ortsverzeichnis gibt; dann eine kurze Beschreibung der für Kurzwecke in Betracht kommenden Orte und Sanatorien; einmal geordnet nach einzelnen Gruppen und zweitens nach den in ihnen behandelten Krankheiten. Eine vierte Abteilung enthält ein ausführliches Verzeichnis der Wintersportplätze und endlich eine fünfte eine illustrierte Beschreibung verschiedener Kurorte und Wintersportplätze. Das Ganze ist ein sehr bequemes und schnell orientierendes Nachschlagebuch.

Bumke (53). Das Lehrbuch von *Bumke* ist aus seiner „Diagnose der Geistes-

krankheiten" entstanden. Man sieht, wie dem Verfasser die Arbeit unter den Händen gewachsen ist. Denn eine lehrbuchmäßige Darstellung der Psychiatrie führt zu Berührungen mit fast allen und zwingt zur Auseinandersetzung mit den meisten klinischen Problemen. Die Folge ist ein recht stattlicher Band von 1176 Seiten, von denen allerdings 144 Seiten einer von *Klarfeld* verfaßten Anatomie der Psychosen gewidmet sind — leider etwas zu umfangreich, wenn man die Gesichtspunkte in Betracht zieht, nach denen Studenten und praktische Ärzte sich vielfach Bücher anschaffen. Doch kann und soll natürlich solcher abwegigen Einstellung ein Forscher vom Range *Bumkes* keine Rechnung tragen, und man möchte dem Lehrburh nur die allergrößte Verbreitung wünschen, namentlich des recht eingehend bearbeiteten allgemeinen und psychologischen Teiles wegen. Denn er schafft erst das Verständnis für das, was man am Kranken sieht. Es ist nach meiner Ansicht in jedem Lehrbuch der praktisch wichtigere Teil, zumal er auch etwas weniger im Fluß ist als die Schilderung der speziellen Psychiatrie, wenn auch die psychologischen Anschauungen des Verfassers mehr oder weniger eine persönliche Note haben. In diesem Lehrbuch ist der psychologische Teil deshalb so besonders anschaulich geworden, weil überall auf normale Empfindungen und Selbstbeobachtungen zurückgegriffen wird. Auf Einzelheiten einzugehen, ist hier nicht der Platz. Es ist dies ja auch schon von berufenerer Seite geschehen. Hingewiesen sei nur noch besonders auf den anatomischen Teil, dessen Darstellung durch sehr viele gute Abbildungen unterstützt wird.

Rittershaus (285). In der 22. Auflage des bekannten Vier-Männerbuches hat *Rittershaus* den Abschnitt Psychiatrie für die Praxis bearbeitet.

Kurze schematische Übersicht in einzelnen Stichwörtern; eingeteilt in Organische Erkrankungen (Metalues, Lues und andere Infektionskrankheiten, Alters-, traumatische Erkrankungen, Schwachsinn, Epilepsie) toxische und endotoxische Erkrankungen (Alkohol, Morphium, Kokain, Stoffwechselstörungen, Dementia praecox) funktionelle Erkrankungen (manisch-depressives Irresein, Paranoia Hysterie, Neurasthenie). Es folgen allgemeine Winke für Diagnostik und Therapie und eine Übersicht über die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen.

Honigmann (162). Übersicht über die Geschichte der Medizin mit dem Zweck, die leitenden systematischen Gesichtspunkte in den medizinischen Hauptperioden in ihrer Bedeutung und Wirkung auf die Entwicklung der Medizin bis heute zu skizzieren, Der Aufsatz ist die Wiedergabe eines Vortrages, der in der medizinischen Gesellschaft Gießen gehalten wurde. Seine Veröffentlichung ist dankbar zu begrüßen; denn sie kommt dem Bedürfnis manchen Praktikers entgegen, sich darüber zu orientieren, wie alles Forschen in der Medizin sich bestimmten Entwickelungstendenzen unterordnet.

Wick (368). Das Buch von *Wick* kommt ohne Frage einem größeren Bedürfnis entgegen. Denn die bekannten Lehrbücher der Augenheilkunde versagen meistens auf dem für die allgemeine Praxis so wichtigen Gebiet der Funktionsprüfung der Augen, die das eigentliche augenärztliche Tätigkeitsfeld des praktischen Arztes darstellt. Die Darstellung ist eine gründliche, bringt aber bei der bekannten Scheu des Mediziners gegenüber mathematischen und physikalischen Formeln und Berechnungen nur das Notwendigste aus diesem Gebiet.

Bier (26). Ausgehend von Beobachtungen an Epileptikern und aus der Tierwelt, kommt *Bier* zu dem Ergebnis, daß unter gewöhnlichen Umständen der Mensch niemals seine volle Kraft gebraucht, sondern nur ausnahmsweise unter dem Einfluß gewaltigster seelischer Erregungen bei gleichzeitiger Ausschaltung von Hemmungen. Für gewöhnlich soll ein Muskel nur mit einem Teile seiner Fasern arbeiten, während die anderen ruhen. Dies gilt auch für die Gefäße. Bei anderen Gelegenheiten werden alte ererbte Triebe und Fähigkeiten wach. Auch die Entzündung und das Fieber werden als Höchstleistungen angesehen.

Tramer (343). Verfasser setzt sich zunächst mit der Auffassung *Bleulers*, daß bei den meisten Krankheiten das Nichtstun, die Udenotherapie, das Richtige sei und dem Satze *Schneiders*, nach dem es überhaupt keine psychiatrische Diagnostik im strengen Sinne geben soll, auseinander. Bei der Therapie der Psychosen habe man den Komplex oder die Kette der psychischen und physischen Faktoren, die sie bedingen, zu sprengen. Da der wirksamste Angriffspunkt oft nicht bekannt ist, müsse man angreifen, wo man eben könne, d. h. am pathopsychischen oder pathophysischen Symptom. Unter diesem Gesichtspunkte werden die therapeutischen Methoden eingeteilt in physikalische bezw. chemische und bakterielle und in psychische. Diese wieder scheiden sich in solche, bei denen man sich unmittelbar an die Psyche wendet (Persuationsmethode nach Dubois, Suggestion, Hypnose, Psychoanalyse) und in solche, bei denen man sich mittelbar an die Psyche des Kranken wendet. (Arbeitstherapie, heilpädagogische Maßnahmen, soziale und Milieutherapie). Betont wird die Bedeutung der wiederholten Aussprache mit dem Arzte, mit der die „Aufwühltherapie“, d. h. Lockern und Zerreißen der alten falschen seelischen Verbindungen und Aufweisen anderer, zweckmäßigere Knüpfungen, Einstellungen und Betrachtungsweisen, verbunden werden kann.

Rümke (294). Kurze Charakterisierung der verschiedenen psychiatrischen Arbeitsrichtungen in Holland. Die Psychiatrie tritt in Holland gegenüber der Neurologie zurück.

Büel (52). Untersuchungen aus der Irrenanstalt Burghölzi. Die Grundlage bildeten 2000 Sektionsprotokolle aus der Zeit 1870—1923. Der Krebs kommt bei Geisteskranken nicht häufiger vor als sonst.

Berze (25). Eingehende Kritik der Anschauungen *Bergers* über die Lokalisation der psychischen Funktionen. Er wendet sich insbesondere gegen die Sätze: „daß dem Ausfallen ganz bestimmter psychophysiologischer Leistungen auch Ausfälle ganz bestimmter, anatomisch besonders gebauter Felder der Großhirnrinde entsprechen“, ferner „daß alle unsere klinischen Erfahrungen für eine weitgehende Arbeitsteilung innerhalb der einzelnen Teile der Großhirnrinde sprechen“; „daß dem Stirnhirn eine ganz besondere Bedeutung für die Entstehung psychischer Störungen zukomme“ und daß „nur ausgedehnte Verletzungen der Stirnlappen zu gleich hervortretenden psychischen Veränderungen führen“.

Bonhoeffer (40) skizziert in plastischer Form die bisherige Entwicklung der Erforschung des Gehirns und der psychischen Tätigkeit und zeigt, wie bisher nur erst gewisse Grundzüge erkannt sind und wie die Erforschung der zentralen Ganglien und des endokrinen Systems immer neue Probleme aufwerfen.

Erb Taalmann Kip (92) hat mittels Assoziationsprüfungen und Untersuchung der motorischen Kraft Untersuchungen über den funktionellen Unterschied der beiden Gehirnhälften angestellt. Die Rechtshändigkeit, die bei weitem die Mehrzahl der Menschen zeigt, ist teils durch Anlage gegeben, teils durch Gewöhnung entstanden. Die linke Hemisphäre hat die Leitung, während die Funktion der rechten Hälfte gehemmt wird. Doch kann unter Umständen ein mehr oder weniger alternierendes Funktionieren beider Hälften erwartet werden. Die Art der geistigen Funktionen beider Hälften ist eine verschiedene. Die der linken wird mehr charakterisiert durch Reaktionen auf Reize, während die der rechten mehr besteht in der Aufnahme und Aufspeicherung von Material, das dann freigegeben wird, wenn der hemmende Einfluß der linken Hälfte nachläßt. Bei chronisch depressiven Zuständen besteht eine Hemmung der rechten Hälfte, während in den manischen Zuständen diese Hemmung fortfällt.

Koslowsky (201) meint, daß der Schlaf eine Funktion des Schlafzentrums ist, das subkortikal gelegen ist und von dem aus eine Beeinflussung des Großhirns und des vegetativen Systems ausgeht, Der Schlaf ist in seiner Auswirkung etwas Aktives. Das Schlafzentrum soll gewissermaßen als Akkumulator wirken, der zunächst Energie aufnimmt und dann wieder abgibt.

Rosenfeld (288). Das Bewußtsein ist eine selbständige Funktion des Zentralnervensystems und gleichzeitig eine den seelischen Einzelleistungen übergeordnete Funktion, die die Gesamtheit des Seelenzustandes umfaßt; es kann aufgefaßt werden, „als eine Art seelischer Bereitschaft zu Einzelleistungen auf den verschiedensten Gebieten, als eine Art von Wachheit oder Luzidität, welche die psychophysische Voraussetzung für weitere Einzelleistungen darstellt". Diese Bewußtseinsbereitschaft hängt von bestimmten körperlichen Funktionen ab, und zwar zunächst von Atmung, Puls und Blutversorgung. Ähnlich wie im epileptischen Krampfanfalle sich Funktionen verschiedenster Teile des Gehirnes nachweisen lassen, so sind auch engbegrenzte Bewußtseinszentren im Zentralnervensystem anzunehmen. Die Bewußtseinsbereitschaft läßt sich von verschiedenen Partieen des Hirnstamms, des Zwischenhirns und des Hirnmantels beeinflussen und stören. Eine restlose Aufhebung alles Psychischen läßt sich aber nur vom verlängerten Mark aus erreichen. Die verschiedenen Grade seelischer Luzidität und Bereitschaft sind an verschiedene nervöse Territorien des Gehirns gebunden. Eine wesentliche Rolle spielt das im Zwischenhirn angenommene Vasomotorenzentrum.

Schröder (311). Übersicht über unsere Kenntnisse des faseranatomischen Baues und der Funktion des Gehirns mit dem Ergebnis, daß über eine assoziationsphysiologische Betrachtung des Gehirns nicht hinausgegangen werden könne. Der Hirnrinde wird eine Sonderstellung unter den grauen Massen nicht eingeräumt. Daß in dem Gehirn ein zweites Organ vorhanden sei, das mit dem Seelischen irgendwie verbunden sei, ist eine Hypothese, die nur erdacht ist, um die Lehre von der Lokalisation des Seelischen im Gehirn gegenüber einer lediglich physiologischen Bewertung zu retten. Möglicherweise sind die Funktionen des Wollens, Fühlens, der Triebe und Affekte an tiefere Großhirnteile gebunden.

Creutzfeld (79). In seiner eingehenden Arbeit nimmt *Creutzfeld* zunächst

Bezug auf die Theorien der Erblichkeitsforschung, soweit sie für sein Thema in Frage kommt, lehnt die Theorie *Scheffers* ab, der von einer Minderwertigkeit der von ihm Hyoplasma genannten plasmatischen Grundsubstanz der Zelle spricht, bespricht dann die anatomische Theorie *Bielschowskis* und die Einteilungen der heredodegenerativen Krankheiten *Jendrassiks* und *Bielschowskis*, um zum Schluß eine eigene nach klinischen Gesichtspunkten aufgestellte Einteilung zu geben.

Kollarits (198). Ausdehnung des Begriffes der Heredodegeneration von *Jendrassik* auf die Psychiatrie, derart, daß das manisch-depressive Irresein, die Hysterie und Neurasthenie, die Paranoia und die Dementia praecox als Typen der Heredodegenerationsformen angesehen werden. Die psychischen Heredoanomalien müssen vielfach kompliziertere Typenbildungen zeigen als die motorischen Heredodegenerationen. Die gleichen unendlichen Varietäten zeigen auch Charakterarten, mit denen die psychischen Heredoanomalien zusammenhängen.

Kehrer und *Kretschmer* (186). Ausarbeitung der Referate, die beide Verfasser 1923 auf der Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie erstattet haben. Es ist ein stattlicher Band von 200 Seiten geworden, der sich auf der Grundlage der bisherigen Ergebnisse der Konstitutions- und Erblichkeitsforschung und dessen, was über die Einflüsse der Umwelt bekannt geworden ist, aufbaut. Die Arbeit gliedert sich in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. Der allgemeine beginnt mit einer Begriffsbestimmung der Veranlagungskonstitution. Sie ist entweder die vorwiegend erblich oder vorwiegend durch Einflüsse des Lebens bedingte Dauerverfassung oder „die zum System geschlossene Gesamtheit festgeprägter Eigenschaften einer psychophysischen Person". Die Disposition, die spezifische Bereitschaft zu einer bestimmten Erkrankung, kann vorwiegend aus der Erbanlage erwachsen oder vorwiegend durch psychophysische Einflüsse auf das sich entwickelnde Individium bedingt sein. Sie wird bislang in praxi vor allem aus der Anamnese erschlossen. Doch wird es als das Hauptziel künftiger Forschung erklärt, sie aus der Konstitution zu bestimmen. In dem zweiten Kapitel „Grundlinien der Entwickelung der psychophysischen Person" wird auseinandergesetzt, wie nur die richtige Einschätzung des Verhältnisses zwischen erblicher Bereitschaft und äußeren Einwirkungen von Fall zu Fall die Frage nach der Valenz bestimmter Eigenschaften entscheiden kann. Das dritte Kapitel „Erblichkeit und Veranlagung zu seelischen Störungen" zeigt in kritischer Beurteilung die Entwickelung der erbbiologischen Anschauungen. In dem vierten Kapitel „Seelische Wesensart und Veranlagung" wird gezeigt, wie fühlbar der Mangel einer auch nur einigermaßen fundierten Persönlichkeitskunde, ist, wie aber der *Klages*sche Entwurf des Persönlichkeitsaufbaues eine geeignete Grundlage zur weiteren Forschung bildet. In dem speziellen Teile wird die Veranlagung zu den symptomatischen Psychosen (Generations-,Operationspsychose), zur progressiven Paralyse, zu den Seelenstörungen des Rückbildungsalters (Klimakterium, Präsenium zu den senilen und den arteriosklerotischen Störungen) zu den Psychoneurosen und psychogenen Psychosen, zu den Zwangskrankheiten, den Wahnkrankheiten und zu den endogenen Störungen (Epilepsie, Dementia praecox und manisch-depressives Irresein) besprochen. Eine eingehende Literaturübersicht schließt das Werk ab.

Es ist der erste umfassende Versuch, die Veranlagung zu seelischen Störungen zu erforschen. Vorarbeiten sind allerdings genügend geleistet; aber sie sind von den verschiedensten Fragestellungen ausgegangen, sind unvollständig in ihren Untersuchungen und deshalb in ihren Ergebnissen widersprechend. Dazu kommt die Unklarheit in den Begriffen endogen und exogen und die Unsicherheit in der Abgrenzung der sogenannten endogenen und exogenen, der funktionellen und organischen Psychosen. Auch ist das Wesen und die Bedeutung innersekretorischer Einflüsse noch zu wenig erforscht. So dient alles bisher Erforschte den Verfassern nur als Ausgangspunkt und Orientierungsmittel, und sie selbst räumen ein, daß sie in vieler Beziehung nur Vorläufiges geben können. Aber die Arbeit bringt eine Fülle von Gedanken, Anregungen und Ausblicken, auf die natürlich im Rahmen eines kurzen Referates nicht eingegangen werden kann, und die Frage nach der Veranlagung zu seelischen Störungen hat durch die Arbeit schon Gehalt gewonnen, denn neben vielem, was noch problematisch ist, wird recht viel Tatsächliches gebracht, so daß das Werk schon jetzt in dem Zweifel über die Auffassung und die Prognose seelischer Störungen eine wertvolle Hilfe bietet, und eine sichere Grundlage für weitere Forschung ist.

Birnbaum (30). Es wird der Zusammenhang von Konstitution, Charakter und Psychose besprochen. Alles Seelische ist grundsätzlich körperlich begründet. Die Konstitution ist die physische und der Charakter die psychische Seite der Gesamtpersönlichkeit. Die Hirnrinde erscheint in der Hauptsache nur als Funktionszentrale für die intellektuelle Geistestätigkeit; was aber den Kern der Persönlichkeit ausmacht, die Affektivität, das Trieb- und Instinktleben, geht von den biologisch älteren Teilen des Gehirns, dem Hirnstamm, aus, zu dem ferner das vegetative Nervensystem und das körperliche Drüsensystem tritt (Keim-Schilddrüse, Hypophysis, Nebenniere usw.), Wie im einzelnen die Beteiligung der heterogenen Organe und Funktionen am Aufbau der Konstitution vor sich geht, ist noch unklar. Die psychische Persönlichkeit ist eine in mehr als einer Beziehung zusammengesetzte biologische Formel, die es gestatten wird, die Charaktertypen statt wie bisher rein äußerlich und deskriptiv nach psychologischen Merkmalen zu unterscheiden, sie nach biologischen Eigenheiten zu differenzieren. Die endokrine Verwurzelung der psychischen Persönlichkeit läßt ferner enge Beziehungen zwischen Körperbau und Charakter erkennen, lenkt den Blick auf die Forschungsbestrebungen *Kretschmers* und rückt die Lehre von den Degenerationszeichen in neue naturwissenschaftliche Betrachtung. Weitere Ausblicke ergeben sich auf eine erbbiologische Konstitutions- und Charakterforschung. Diese körperlich konstitutionelle Fundierung des Charakters liefert aber nur allgemein elementare Grundqualitäten des Charakters. Zu ihnen kommen noch psychologische Über- und Ausbauten, die durch äußere Einflüsse bewirkt werden.

Bleuler (33). Der Aufbau, die Entwicklung und die Funktionen des Körpers werden von der Psychoide geleitet, die in primitiven Lebensformen im ganzen Körper lokalisiert ist, und die im Keime alle nötigen Strebungen, die späteren Reflexe und Instinkte enthält. Mit der Ausbildung des Nervensystems übernimmt dieses die Reflexe und Instinkte, während die Psychoide als den Aufbau und die

Physiologie des Körpers bestimmendes Element weiter funktioniert. Mit der Ausbildung der Rinde tritt die erinnerte persönliche Erfahrung (menschliche Überlegung) in Aktion, begleitet von der Bewußtseinsqualität.

Bleuler (34). Die bloße Zufallsvariation als positiver Faktor der Entwicklung der Arten ist ausgeschlossen, und es bleibt nur die Annahme einer Zielstrebigkeit in der Funktion der lebenden Substanz selbst. Diese Zielstrebigkeit ist nachweisbar und verstehbar. Sie erscheint zunächst als funktionelle Anpassungstendenz, die sich auf das Gedächtnis und die Assoziation stützt. Auf solcher Wiederbelebung von Gedächtnisspuren beruhen die physiologischen Anpassungen und in der Hirnrindenfunktion die höchsten psychischen Reaktionen, Funktionen der Psyche, des Zentralnervensystems und des übrigen Körpers sind wesensgleich. Auch die Vererbung ist ein gleicher Vorgang. Jede Zelle hat ferner Kenntnis von dem allgemeinen Bauplan, nach dem sich die aufbauende Tätigkeit jeder einzelnen Zelle richtet. Aus dieser allgemeinen Assoziation ergibt sich eine Einheit, die *Bleuler* im Vergleich zu der Psyche „Psychoide" nennt. Sie erstreckt sich auch auf die Keimzellen. Die Attribute der Psychoide sind Gedächtnis und Aktivität resp. Reaktivität.

Bumke (55). Im Beginne der wissenschaftlichen Psychiatrie herrschten unter dem Einfluß der Darwinschen Lehren materialistische, mechanische Auffassungen, sie sind etwa von der Wende des Jahrhunderts an in zunehmendem Maße durch metaphysisch-romantische Elemente, die sich bis zur „Innenschau" entwickelten, verdrängt und durchflochten. In den letzten zwei Jahrzehnten macht sich aber immer mehr das Bestreben geltend „die Grenzen der psychiatrischen Forschung erkenntniskritisch abzustecken". An Stelle experimenteller physiologischer Psychologie ist die Psychologie der Zusammenhänge getreten. Das Wesen, die Gefahren und die Auswüchse (die Deutungen der Psychoanalyse) dieser Forschungsrichtung werden geschildert. Daneben müssen die somatischen Aufgaben (Serologie, Hirnpathologie, Histopathologie) stärker betont werden. Von Grund auf haben sich die Anschauungen über die Möglichkeiten einer anatomischen Fundierung der Psychiatrie geändert (Hoches Anschauungen, exogene Symptomenkomplexe). Die klinische Arbeit wird jetzt gekennzeichnet durch die Berücksichtigung erbbiologischer Fragen, des Temperamentes und Charakters, der körperlichen Bedingtheit, des Milieus, der Erlebnisse.

Frey (103). Weder die Haut des männlichen Gliedes noch die Schleimhaut führen Nervenenden, die auf faradische und mechanische Reize zu Wollustempfindungen Veranlassung geben. Doch sollen an der Haut des Gliedes Organe für Temperatur-, Druck- und Schmerzempfindung bestehen und an derEichel für Kalt- und Schmerzempfindung.

Goering (123). Der Knochen wird sowohl vom zerebrospinalen wie vom sympathischen Nervensystem innerviert. Zerstörungen und besonders Reizzustände in den peripheren Nerven oder an den im Rückenmark gelegenen Zentren rufen trophische Störungen am Knochen und den Gelenken hervor. Es müssen trophische, dem sympathischen Nervensystem zugehörige Nervenfasern mit entsprechenden Zentren im Rückenmark auch für die Regelung und Erhaltung der Trophik des Knochens und der Gelenke angenommen werden. Wahrscheinlich sind ebenso

wie für das Fettgewebe eigene trophische Nervenfasern für das Knochengewebe vorhanden. Ein übergeordnetes trophisches Zentrum wird am Boden des dritten Ventrikels angenommen.

Galant (105) übt eine sehr scharfe Kritik an den bisherigen Theorien über die Halluzinationen, die nach *Kahlbaum* irgend einen Fortschritt nicht mehr gezeigt hätten, und behauptet, daß seine Theorie der Algohalluzinosis das Halluzinationsproblem erst wieder in das reine Wasser geführt habe, während man bis dahin nur im trüben Wasser gefischt habe. *Galant* faßt die Halluzinationen nur als „erfüllten Wunsch" auf, „dessen Regungen so mächtig waren, daß sie alle Schranken, die der Seele durch die Naturgesetze gesetzt worden sind, durchbrachen". Nur zwei Momente sollen für die Halluzination charakteristisch sein: das urplötzliche, ungewollte Auftreten und das heftige, unter Seelenqualen vor sich gehende Anknüpfen der aufgetretenen Halluzination, die immer nur als Symbol sexueller Wünsche aufzufassen sei. Wesentlich ist eine sorgfältige Zusammenstellung der Literatur.

Greil (132 u. 134) erblickt in der *Roux*schen Präformationstheorie einen großen Rückschritt im naturwissenschaftlichen Denken der Ärzte, die in Bezug auf die Erkenntnis von der Entstehung endogener angeborener Konstitutionsfehler, der Dispositionen für Infektionen und Intoxikationen usw. ebenso versagen wird, wie der Mendelismus versagt hat, und setzt auseinander, wie demgegenüber in Innsbruck der Versuch unternommen ist, entsprechend dem *Lamarck-Darwin*schen Prinzip, die Entwicklung von energetischen und dynamischen Gesichtspunkten aus zu begreifen. (134.) Vom Mendelismus hat der Arzt praktisch nichts zu erwarten.

Gundert (138). Die Osteomalacie wird lediglich als ein Syndrom und nicht als eine ätiologische Einheit aufgefaßt. Das Osteomalaciesyndrom kann bei gegebenen sonstigen Vorbedingungen durch eine bestehende Dementia praecox zur Manifestation gebracht werden. Drei eigene ausführlich geschilderte Fälle.

Hauptmann (145). Äußerst bemerkenswerte Arbeit, die für die Erforschung des Aufbaues der Psychose und des Zusammenhangs zwischen Psychose einerseits und körperlichen Schädigungen toxischer oder endokriner Art andererseits einen Fortschritt bedeutet. Seine Fragen lauten: Gibt es eine gesetzmäßige Beeinflussung des Gehirns durch endokrine Vorgänge, sind die Erscheinungen nur der Ausdruck einer Prädisposition, sind übereinstimmende psychische Äußerungen vorhanden, die als überindividuelle Reaktion angesehen werden müssen? Betont sei nur, daß eine „Menstruationspsychose" im früheren Sinne nicht anerkannt wird, sondern daß der Hauptakzent auf der Veranlagung beruht.

Hanse (141). Es gibt keine für die Menstruation spezifische Neurose und Psychose. Die Blutung oder ihre krankhafte Störung spielt keine entscheidende Rolle. In erster Linie muß die hereditär bedingte Disposition und die zu gewissen Zeiten, geringere somato-psychische Widerstandskraft verantwortlich gemacht werden. Die Tonusschwankungen sind durch Schwankungen im ganzen vegetabilen System bedingt. Die Art der psychischen Störung wird durch die Anlage (epileptische, manisch-depressive, schizoide) oder durch gewisse exogene Momente (Inanition, Intoxikation) bedingt.

Hofstätter (160). Sehr bemerkenswerte Schilderung von Fällen, in denen bei „eingebildeter" Schwangerschaft im Gegensatz zu der absichtlich vorgetäuschten Schwangerschaft beträchtliche Veränderungen im endokrinen Stoffwechsel nachgewiesen werden konnten, die als die Ursache der Schwangerschaftssymptome aufgefaßt werden. Im einzelnen Falle ist es oft schwer zu bestimmen, ob eine beginnende oder vorübergehende Geistesstörung vorliegt. Vielfach hat man es mit einer Massensuggestion zu tun, die hervorgerufen wird durch die im Volksbewußtsein bestehende Verknüpfung zwischen Ausbleiben der Periode und Schwangerschaft. Eine Angstneurose dürfte die Symptome auslösen.

Kronfeld (205). Behandlung der Frage nach den beiden Gesichtspunkten: wie wirkt das Gemeinschaftsleben in psychopathologischer Hinsicht auf den einzelnen (erzeugend, auslösend, provozierend, gestaltend) und zweitens, wie wirken seelische Krankheit und Abartigkeit in die mannigfachen sozialen Gruppierungen und Formen des Gemeinschaftslebens hinein. Der Vortrag läßt den weiten Überblick des Verfassers über das Gebiet erkennen.

Monakow (257). *Monakows* Arbeit ist nicht nur ein Überblick über die Entwicklung der Neurologie in den letzten 50 Jahren, sondern auch eine Darlegung seines eigenen Standpunktes in allen Fragen der Lokalisation und Hirnpathologie. Der vielen Einzelheiten wegen muß auf das Original verwiesen werden.

Much (261). Kritisch gehaltene Skizze, die mit den Ansprüchen mancher Forscher scharf ins Gericht geht, *Haeckels* biogenetisches Grundgesetz als eine der größten Schwarmgeistereien und scheinwissenschaftlich-exakten Phantastereien, die unsäglichen Schaden gestiftet habe, bezeichnet und die Forderung nach Erforschung der pathologischen Biologie erhebt. „Es ist unmöglich das Wesen des Lebendigen zu erkennen, unmöglich für alle Zeiten".

Müller (262). Theoretische Betrachtung über die Bedeutung des Descensus testiculorum unter Berücksichtigung der beiden in der tierischen Organisation bestehenden einander entgegengesetzten Prinzipien: eines synthetischen, Individualität oder Ganzheit schaffenden Prinzips und eines zur Lostrennung und Fortpflanzung dienenden, das in dem dauernd wuchernden Keimgewebe der Generationsorgane verwirklicht ist. Es wird die genauere Entwicklung des Begriffs der Individualität oder Ganzheit, wie er sich auf den verschiedensten biologischen Einzeldisziplinen und in der Naturphilosophie herausgebildet hat, verfolgt und die Rangordnung zwischen den Organsystemen, wie es namentlich im Zentralnervensystem erkennbar ist, gekennzeichnet. Die funktionell „höheren" Gebilde sind mehr dorsalwärts oder mehr kranialwärts gelegen.

Müller (263). Zweiter Teil der „Cäsaren-Porträts", in dem die von den römischen Cäsaren erhaltenen Münzen und Skulpturen psychologisch besprochen und auf ihre Übereinstimmung mit den aus der Geschichte bekannten Charakterzügen verglichen werden. Die Wiedergabe der Abbildungen, namentlich der Büsten ist eine vorzügliche.

Kelch (189). Ein Neudruck einer im Jahre 1804 herausgegebenen Beschreibung des Schädels Kants unter Zugrundelegung der Schädellehre von *Gall*. Hinzu-

gefügt sind photographische Aufnahmen des wiederaufgegrabenen Schädels aus dem Jahre 1880 mit Bemerkungen des Anatomen *Kupfer*.

Der Beschreibung aus dem Jahre 1804 liegt der noch von Weichteilen umgebene Schädel zugrunde und ist einige Zeit nach dem Tode Kants, der am 12. 2. 1804 starb, verfaßt. Sie ist deshalb interessant, weil sie zeigt, welchen Einfluß damals noch die Schädellehre *Galls* hatte. *Kupfer* berichtet, daß die Schädelkapsel einen Inhalt von mehr als 1700 ccm hatte und um 200—300 ccm über das Mittel männlicher europäischer Schädel hinausging. Auch die Breite überschritt die mittleren Verhältnisse (161 mm Breite bei 182 mm Länge und 131 mm Höhe). Der Schädel gehört also in die Reihe der ausgeprägten Kurzköpfe. Die rechte Seite des Schädels war geräumiger als die linke. Am Gesicht fiel die Höhe der Augenhöhlen-Öffnungen auf.

Pilcz (273) hat die weiteren gesundheitlichen Schicksale derjenigen Kinder verfolgt, deren Mütter zur Zeit der Geburt des betreffenden Kindes nerven- oder geisteskrank oder eklamptisch waren. Bei der Paralyse ergab sich eine ganz beträchtliche Mortalität der Kinder im ersten Lebensjahr und zwar 51,5 % gegenüber 28,58 % von Kindern gesunder Mütter des gleichen Milieu. Die Fälle von Tabes (6) und Lues cerebrospinalis (5) lassen wegen der geringen Zahl ein eindeutiges Bild nicht erkennen. Recht ungünstig scheint der Kretinismus (7 Fälle) zu wirken, ebenso der Morbus Basedowii. Die Kinder der Eklamptischen sind während des ganzen ersten Lebensjahres gefährdet.

Weitz (366). Aus diesen Untersuchungen interessiert für dies Referat, wie sich Psyche und Nerven bei den untersuchten eineiigen Zwillingen verhalten. Diese waren in Charakter, Temperament und Begabung, Neigung zu Berufen und zu sportlicher, geselliger, politischer Betätigung, außerordentlich gleich, zeigten eine sehr große Zuneigung zueinander. Doch fanden sich auch Unterschiede, z. B. in der Schädelform und im Temperament. Geistige Absonderlichkeiten und geistige Störungen fanden sich verschiedentlich gleich geformt. Auch die Reflexe waren ähnlich.

Aschner (6). Der Artikel enthält Leitgedanken zu dem Buche des Verfassers. „Die Konstitution der Frau und ihre Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie", in dem der Verfasser eine Verbindung herstellen will zwischen der Organ- und Zellularpathologie Virchows mit alten humoralpathologischen Anschauungen und in dem er eine neue Lehre vom Habitus aufstellt und therapeutische Konsequenzen aus der Konstitutionslehre zieht. Den Habitus beurteilt er nach Dimension, Pigmentgehalt des Körpers, Tonus, Temperament, Geschlecht, Lebensalter und vorherrschendem Organsystem. Seine therapeutischen Maßnahmen berücksichtigen zunächst den Gesamtorganismus und führen viele alte medikamentöse Mittel, u. a. den Aderlaß wieder ein. Daneben wird Hydrotherapie, Gymnastik und Sport verwandt.

Bauer (10). Als Status degenerativus wird jene allgemeinste Form konstitutioneller Anomalien bezeichnet, bei der ihr Träger eine mehr oder minder große Zahl sogenannter Degenerationszeichen aufweist. Die Definition eines Degenerationszeichens beruht auf einer durchaus willkürlichen Annahme. Was bei 95,5 %

der Bevölkerung vorkommt, fällt noch in den Bereich der Norm. Ebenso ist es schwierig, das Maß und die Zahl der Degenerationszeichen anzugeben, bei denen man von einem Status degenerativus sprechen kann. Abartungszeichen sind ganz allgemein gesprochen zugleich Entartungszeichen, indem sie eine gewisse biologische Inferiorität des Trägers anzeigen; ein Teil zeigt diese Minderwertigkeit an sich schon an, die größere Anzahl aber erst bei ihrer Häufung. Der degenerativ veranlagte Mensch ist hinsichtlich der Morbidität und des Verlaufs mancher Krankheiten minderwertig.

Bausch (12). Die Untersuchungen sind an Geisteskranken der Anstalt Goddelau vorgenommen. Eine recht erhebliche Anzahl von schizophrenen, oligophrenen und epileptischen Kranken ließ einen disproportionierten Körperbau mit einer im Verhältnis zur Oberlänge vermehrten Unterlänge erkennen. Doch ergaben sich keine besonderen Beziehungen zur Form der Psychose. Bei den über 30 Jahre alten Kranken zeigten manisch-depressive und ein Drittel aller Kranken mit paranoischer Anlage diesen Typus.

Galant (106, 109, 118) sondert neben dem *Kretschmers* athletischen Typus der Frau einen subathletischen ab, der ein größeres Maß der Weiblichkeit aufweist als jener und für die Städterin charakteristisch sein soll, und glaubt (109) in dem Periostschmerz ein neues Unterscheidungsmittel für die Konstitution der Frau gefunden zu haben. Der Hypertrichose (118) kann eine wesentliche Rolle bei der Bestimmung der Konstitution der Frau nicht eingeräumt werden.

Galant (107) führt den Begriff der konstitutionellen Entwicklung in die Konstitutionslehre ein und bestreitet, daß im Augenblick der Vereinigung der Geschlechtszellen schon die Konstitution des keimenden Individuums festgelegt sei. Diese Vereinigung soll nur erst die konstitutionellen Anlagen ergeben.

Gruhle (136). Übersicht über die mancherlei Bemühungen, Beziehungen zwischen seelischer Persönlichkeit und Körperbau herzustellen, die sämtlich nichts Sicheres ergründeten, bis es *Kretschmer* gelang, solche Zusammenhänge aufzudecken, so daß sich heutzutage Pathologen, Internisten, Psychiater und Gynäkologen auf dem Gebiet der Typenforschung treffen. Doch hat man andererseits auch gelernt, von wie verschiedenen Faktoren, endogenen und exogenen, das Wachstum des einzelnen Organs und des Körpers abhängt. Es stehen sich also zwei Ansichten jetzt gegenüber; eine, die an dem starren festgebundenen Idiotypus festhält, mit der die Lehre von der Summe der Merkmale verbunden ist, und die andere, die den Phänotypus mit seiner Umbildungsmöglichkeit als grundlegend ansieht. Langsam wächst die Einsicht, daß in der Anschauung von der Summe der Erbeinheiten wesentliche Probleme nicht mit gefaßt werden können.

Hildebrandt (154). Das Wort Norm und Entartung berührt Probleme, die gerade in der heutigen Zeit von großer Bedeutung sind. Nach diesem Buch wird fraglos mancher greifen, den die Zeitereignisse zum Nachdenken anregen. Dieses besagt schon die Erneuerung der Auflage nach dem ersten Erscheinen im Jahre 1921. Die Untersuchungen betreffen die Rasse und den Staat. Doch liegt die Abhandlung über den Staat nicht vor, sondern soll als gesonderter Band erscheinen. Als Voraussetzung des Ganzen dient eine eingehende, auf der modernen Vererbungslehre

fußende Darstellung von Norm und Entartung beim Einzelnen. Im allgemeinen ist es für den, der an diese Fragen neu herantritt, schwierig sich in der Literatur zurecht zu finden, denn man findet manche Unklarheit und manche Widersprüche. *Hildebrandt* arbeitet die Begriffe Norm und Entartung klar heraus. Das Studium des Buches ist nicht immer leicht, denn es finden sich eine Fülle von Gedanken aus allen in Frage kommenden Wissensgebieten. *Hildebrandt* fühlte eben als Aufgabe kein Referat über den Stand der Wissenschaft, sondern eine notwendig eingreifende gedankliche Arbeit.

Michel und *Weber* (250) haben in der Steiermärkischen Landesirrenanstalt Feldhof bei Graz Untersuchungen im Sinne *Kretschmers* angestellt, bei denen sie sich eng an die Vorschriften *Kretschmers* gehalten haben. Ihre Ergebnisse stimmen weitgehend mit denen von *Kretschmer* überein. Athletischer Typus bei Paralytikern, pyknischer bei Paranoikern; Konstitutions- und Art-Typen haben keine Beziehungen zueinander.

Moser (260) bespricht einige Unklarheiten im Konstitutionsproblem, vor allen Dingen die Definition des Konstitutionsbegriffes überhaupt, über dessen eigentliche Bedeutung noch nicht die geringste Klarheit herrscht. Bei der Verquickung der psychiatrischen Konstitutionslehre mit der psychiatrischen Erblichkeitslehre wird die erstere in ein besonders umstrittenes und unklares Gebiet hinübergetragen. Der Vorschlag *Reichardts* statt Konstitution das Wort Anlage zu setzen, wird abgelehnt. Weiter wird darauf hingewiesen, daß bei der psychiatrischen Konstitutionslehre fälschlicherweise zu sehr von dem Pathologischen ausgegangen wird.

Rüdin (291). Für die Erfordernisse der Praxis lautet die Frage: wie sind hereditäre Zusammenhänge diagnostisch brauchbar oder wie weit kann die gegebene genealogische Sachlage zur Bildung einer bestimmten Diagnose und zur Lösung von Zweifeln beitragen. Es wird u. a. besprochen das Prinzip der Gleichartigkeit, die Kombinationen von Psychosen, solche die in Verbindung mit einem körperlichen Krankheitsprozeß stehen (Auswirkung von pathoplastischen Erbanlagen), die Bedeutung allgemeiner und spezifischer erblich vorgebildeter Mechanismen, die Mendelistischen Bestrebungen in der Psychiatrie.

Rüdin (292). In sehr vorsichtiger Weise, gestützt auf Erfahrungen aus eigener Praxis wird besprochen, was durch Fachberatung geschehen kann, um Ehe und Nachkommenschaft von erblicher Geistesstörung freizuhalten. An die Spitze wird der Satz gestellt: wer geisteskrank oder gemütskrank ist oder war, soll nicht heiraten, vor allem aber keine Kinder in die Welt setzen. Gemeint sind aber in erster Linie die erblich Geisteskranken oder Geisteskrankgewesenen. Auch viele psychopathische Veranlagungen können für Ehe und Nachkommenschaft verhängnisvoll werden. Die Beratung von Gesunden, aber erblich mehr oder weniger Belasteten, ist besonders verantwortlich und kann nur von dem erbbiologisch geschulten Facharzt geleistet werden. Bei Paralytikern und bei Hirnsyphilis sind Bedenken vielfach unnötig. Besonders gefährlich ist der erbliche Veitstanz, das manisch-depressive Irresein und die Dementia praecox. Einem staatlichen Eingreifen in irgend einer Form wird meist das Wort geredet; vorläufig muß es bei der Selbsthilfe bleiben.

Ruf (293). Es werden die gesamten biologischen Verhältnisse eines kleinen

Schwarzwalddorfes in den letzten 100 Jahren besprochen. Es geschieht dies zum Teil an der Hand einer „Beschreibung der Familien“, die im Jahre 1630 von dem Prior des Klosters, um das sich das Dorf gruppiert, begonnen wurde. Besprochen werden die Geburten, die Berufsgliederung, die Eheschließungen, die Geschlechtsverhältnisse, Krankheiten, Sterbefälle, Aus- und Einwanderung.

Simon (318). Sehr eingehende Übersicht darüber, wie auch in die Gynäkologie die Konstitutionsforschung ihren Einzug hält und die Entstehung zahlreicher Beschwerden und Leiden dem Verständnis nahe bringt.

Adler (2). Bei einer Kranken mit Endocarditis lenta, die in den letzten 14 Tagen ihres Lebens dauernd schlief, fand sich ein erbsengroßer embolischer Abszeß im zentralen Höhlengrau des dritten Ventrikels auf der linken Seite und im angrenzenden Bereich des linken Hypothalamus und Thalamus.

Hirsch (157). Auf Grund eines Obduktionsbefundes wird der Satz aufgestellt, daß sowohl der mediale Teil des linken Thalamus opticus wie das in der Nähe der Okulomotoriuskerne gelegene Höhlengrau Schlafzentren im eigentlichen Sinne sind und daß echter pathologischer Schlaf vor allem dann zustande kommt, wenn beide Zentren oder neben einem Zentrum noch die zu andern führenden Bahnen betroffen sind.

Ball (7). Schilderung einer mit sensiblen Reiz- und Ausfallerscheinungen und einer sensorisch bedingten Ataxie einhergehenden Erkrankung, deren Sitz in die Hinterstränge verlegt wird und die als Folge einer unzweckmäßigen und ungenügenden Ernährung aufgefaßt wird. Familiäres Vorkommen.

Finkelnburg (95). Bei einem jungen Mädchen besteht seit dem 13. Jahre eine Erweiterung der rechten Pupille mit totaler Pupillenstarre und gleichzeitig eine auf den linken Arm beschränkte Gefühlsstörung mit überwiegender Beteiligung des Schmerz- und Temperatursinnes. In letzter Zeit ist dazu Nystagmus gekommen. Die rechte lichtstarre Pupille verengerte sich bei taktiler und thermischer Reizung der Rachenschleimhaut. F. führte diese Erscheinungen auf die Annahme zurück, daß durch jede Reizung des Trigeminus sowohl der M. dilatator wie der M. sphincter pupillae reflektorisch in Tätigkeit tritt, wobei der Erweiterungsreflex normalerweise überwiegt, aber unter pathologischen Bedingungen gegenüber dem Verengerungsreflex zurücktritt. Es wird eine solche pathologische Grundlage in der Form von sklerosierenden Herden im Okulomotoriusgebiet gesehen.

E. Meyer (248). Genaue Schilderung eines Krankheitsfalles, in dem vestibuläre und cerebellare und schließlich auch psychogene Symptome voneinander abzugrenzen waren.

Karplus (182) hat zur Klärung seiner Beobachtungen und der anderer Autoren, daß bei Störungen in der zentralen Sensibilitätsleitung auffallend oft Teile der unteren Sakralsegmente, und zwar die Genital-Analhaut und vor allen Dingen die Haut des Penis, des Hodensackes und der großen Schamlippen von der Störung frei bleiben, experimentelle Untersuchungen angestellt. Dabei ergab sich, daß bei Ausschaltung des Rückenmarks durch Abkühlung die Sensibilität dieser Teile zuletzt verschwand und bei Erwärmung des Rückenmarkes zuerst wiederkehrte. Dieses zeigte sich auch, wenn das Rückenmark gleichzeitig von einer medianen

Schnittfläche her abgekühlt wurde. Ebenso verhielt sich der charakteristische Schmerzreflex an den Augen. Die funktionell besonders differenzierte Genitalhaut muß auch in der zentralen Sensibilitätsleitung durch eine besonders gute Vertretung ausgezeichnet sein.

Kino (191). Kurzer Hinweis auf eine neue Methode mittels des elektrischen Stroms eine zentrale Degeneration des Nervensystems zu erzeugen, die je nach dem spezifischen Charakter der nervösen Elemente eine Auswahl unter ihnen trifft. Die Untersuchungen wurden am Nerv. acusticus vorgenommen, bei dem zuerst das periphere cochleare Neuron von der Degeneration befallen wurde.

Schott (309) berichtet von Stereoagnosie bei Erkrankungen des Rückenmarks und kommt auf Grund seiner Fälle und von Fällen aus der Literatur zu dem Schluß, daß Astereognose sowohl bei kortikalem wie extra- und intermedullären Sitz der Erkrankung sowie bei Schädigung der peripheren Nerven auftreten kann, ohne daß man aus der Erscheinungsform der Stereagnosie einen Rückschluß auf den Sitz der Erkrankung machen kann.

Siemens (316 und 317). Die Linkshändigkeit ist nicht erblich bedingt, ihre familiäre Häufung erklärt sich nicht durch erbliche Bedingtheit, sondern teils durch das an sich schon sehr häufige Vorkommen, teils durch Nichtbeachtung psychologischer Regeln bei der Erhebung familiärer Anamnesen. Zwischen Linkshändigkeit und Sprachstörungen bestehen Beziehungen, nicht aber zwischen Linkshändigkeit und Bettnässen; wahrscheinlich sind sie zwischen Linkshändigkeit und Epilepsie; unsicher zwischen ihr und der Taubstummheit, Farbenuntüchtigkeit, zu Schwachsinn und Psychopathie.

Sittig (319). Bei einer unvollständigen Querschnittsmyelitis ging das *Babinskische* Phänomen bei stärkerem und summiertem Reiz (Nadelstiche) und bei starken Temperaturreizen in den Abwehrreflex mit Dorsalflexion der Zehen, des Fußes und Beugung im Knie und Hüfte über.

Cords (73) gibt einen für die allgemeine Praxis berechneten Überblick über die Stauungspapille, auf die noch viel zu wenig untersucht wird, deren Abgrenzung von der Papillitis aber auch den Fachärzten nicht immer leicht ist. Nach *Cords* beruht die Stauungspapille, falls Lues nicht in Frage kommt und eine Pseudopapillitis auszuschließen ist, stets auf einer Steigerung des intrakraniellen Druckes.

Westphal (367). Demonstration der wechselnden Pupillenstarre, die von *Kehrer* mit dem Ausdruck Spasmus mobilis belegt ist, an 2 Katatonikern und 2 Postenzephalitikern. Die Erscheinung bestand spontan, ohne Iliakal- und Händedruck bei mittlerer Pupillenweite, konstant während langer Beobachtungszeit. Bei dem einen Postenzephalitiker war der Spasmus mobilis die einzige motorische Erscheinung neben einer Charakterveränderung.

Bausch (11). Streifenhügel und vegetatives Nervensystem regeln den Muskeltonus. Neo- und Palaeostriatum stellen die zentralen Knotenpunkte dieses motorischen Systems dar. Wegfall des letzteren führt zur Tonussteigerung. Über dem Palaeostriatum steht das Neostriatum; bei seiner Erkrankung entsteht Herabsetzung des Tonus und Athetose. Der Flexibilitas bei der Katatonie liegen echte

tonische Muskelstörungen zu Grunde. Die Ähnlichkeit mit tonischer Starre des amyostatischen Symptomenkomplexes ist hinfällig.

Blumenthal (35). Der kalorische Nystagmus kann nicht durch die Theorie der Lymphstörung erklärt werden. Wodurch die Art der Kopfhaltung den Nystagmus beeinflußt, ist noch nicht zu entscheiden. Er braucht nicht nur direkt durch eine Änderung der Endolymphströmung verursacht zu sein. Wahrscheinlich wirkt auch ein Gegenbewegungsreflex hierbei mit, der durch starke kalorische Reize wirkungslos gemacht werden kann, wodurch die Annahme einer Endolymphströmung nach kalorischer Reizung ihre positive Stütze verliert. Auch die Annahme einer direkten physikalischen Abkühlung oder Erwärmung ist unwahrscheinlich. Statt der physikalischen Vorgänge sind biologische Kältereflexe an der glatten Muskulatur, besonders an den Gefäßen anzunehmen. Durch Veränderung des Gefäßtonus der Labyrinthgefäße soll ein Reiz für die vestibulären Nervenelemente gesetzt werden, der die vestibulären Reflexerscheinungen auslöst. Einspritzungen von Suprarenin, das den Gefäßtonus verändert, schwächten den Nystagmus ab oder verhinderten sein Auftreten überhaupt.

Boettiger (37). „Wenn man bei bestimmten Krankheiten und Krankheitszuständen am proximalen Viertel der Tibia mit Daumen und Zeigefinger die vordere und innere Kante der Tibia leicht streift, so erfolgt eine isolierte langsame Dorsalreflexion der Großzehe wie beim *Babinski*. Der Strich kann von unten nach oben, er kann auch von oben nach unten gemacht werden". Er erblickt hierin einen besonderen von der Hirnrinde ausgelösten Reflex.

Dennig (85). Der psychogalvanische Reflex ist beim Menschen an die sympathischen Nerven gebunden. Rückenmark, Medulla oblongata, Brücke und Kleinhirn können ihn nicht vermitteln, die Großhirnhemisphären sind für ihn nicht nötig. Es kann bei Auslösung des Reflexes nicht immer auf eine psychische Verarbeitung im Großhirn geschlossen werden.

Dennig (86). Aus seinen Ergebnissen sei hervorgehoben: Die willkürliche Entleerung der Harnblase geschieht beim Hunde und beim Menschen direkt auf dem Wege über autonome Nervenbahnen. Der Nervus pelvicus allein kann sie vermitteln. Einer Einleitung durch Reflexe von quergestreifter Muskulatur und zerebrospinalen Nerven bedarf es nicht. Der Verschluß und Austreibungsmechanismus leidet kaum nach Durchschneidung der Nn. hypogastrici und pudendi. Dagegen treten nach Durchschneidung der Nn. pelvici schwerste trophische und funktionelle Störungen auf. Eine völlig vom Zentralnervensystem abgetrennte Blase läßt dauernd kleine Harnmengen überlaufen. Das Gefühl des Harndranges wird außer von den autonomen Nerven auch vom Nervus pudendus noch vermittelt.

Galant (110 u. 111). Eingehende Besprechung der an den Augenlidern festgestellten Reflexe. (113) Bericht über spontanes Auftreten physiologischer und pathologischer Sehnenreflexe als Ausdruck einer allgemeinen oder lokalen Übermüdung, und (116) über den Unterschied zwischen einem psychogenen Reflex und einem psychischen Reflex, der nicht nur psychogen, sondern auch psychisch und nicht somatisch ist.

Gierlich (121) beweist an der Hand der Entwicklungsgeschichte, daß der

Babinskische Reflex zu den Strecksynergismen der unteren Extremität gehört und nichts mit den Beugereflexen zu tun hat, also auch mit dem Fluchtreflex nicht zusammen gehört. Auch klinische Hinweise werden hierfür angeführt. So ist bei spastischen Lähmungen mit Streckkontraktur der Babinskische Reflex stark ausgeprägt und der Fluchtreflex kaum angedeutet. Umgekehrt ist es bei den spastischen Beugekontrakturen bei Rückenmarkstumoren.

Karplus und *Kreidl* (183). Bei der neuen Methode wurden die Bewegungen der Nickhaut der Katze verwandt. Es gelang das vegetative Zentrum durch die Latenzbestimmung für die Erregung des Halssympathikus weiter zu charakterisieren. Die gefundenen niedrigsten Latenzzeiten bewegten sich um 0,6 Sekunden, die höchstens um 0,8 Sekunden.

Levinger (215). Untersuchung über die Frage, ob bei den Hals- und Labyrinthreflexen von *Magnus* und *de Kleyn* bei gesunden Menschen psychische Momente mitspielen. Bei außergewöhnlich suggestiblen Menschen lassen sich induzierte Tonusveränderungen häufig überhaupt nicht auslösen und, wenn doch, dann ohne Gesetzmäßigkeiten, weil die Beeinflussung durch das eigene Bewußtsein der Versuchspersonen nicht ausgeschaltet werden könne. Auch in der Hypnose gelingt dieses nicht.

Mayer (242). Bei einem geistig und körperlich zurückgebliebenen 14 jährigen Menschen fand sich neben anderen gekreuzten Reflexen beiderseits ein gekreuzter Grundgelenkreflex, der als subkortikal und vermutlich spinal ablaufend zu denken ist.

Mayer (243). Für die Frage nach den zentralen Auslösungsbedingungen des Grundgelenkreflexes kommt nur derjenige Anteil der Pyramidenbahn in Betracht, der zur Erfolgsmuskulatur des Grundgelenkreflexes in innervatorischer Beziehung steht. Der Nachweis eines nicht trägen und nicht ermüdbaren Grundgelenkreflexes ist mit einer Schädigung des zentralen motorischen Neurons, die eine klinisch nachweisbare Parese oder eine Lähmung der Erfolgsmuskulatur verursacht, nicht vereinbar. Der Grundreflex geht aber nicht parallel den Sehnenreflexen. Nach irreparabler Lähmung der Erfolgsmuskulatur kehrt er nicht wieder.

Mayer (244). Die rohe Reflexzeit liegt zwischen den Werten von 0,025 bis 0,03 Sekunden. Es wird ein spinaler Sitz der Reflexübertragungsstelle angenommen. Eine kortikale Lokalisation des Reflexzentrums wird abgelehnt. Doch besteht eine weitgehende Abhängigkeit von der motorischen Hirnrinde.

Redlich (279) kommt nach eingehender Kritik der in der Literatur bekannten Fälle zu dem Schluß „daß der Nachweis, daß bei einem vollkommen nervengesunden Individuum sämtliche Sehnenreflexe bei wiederholter, unter allen Kautelen angestellter Untersuchung dauernd gefehlt hätten und sich das Nervensystem bei der anatomischen Untersuchung als vollkommen intakt erwiesen hätte, bisher nicht erbracht ist“.

Rosenberg (287). Durch den *Jendrassik*schen Kunstgriff läßt sich nicht nur ein von Spannungen überlagerter Reflex zutage fördern, sondern es lassen sich auch bewußte und unbewußte Zutaten ausschalten.

Salomon (297). Bei starker Durchstreckung des Beines im Kniegelenk kommt es zu einer maximalen Supinationsstellung des Fußes.

Wacholder und *Altenburger* (359) bestätigen die von *Hoffmann* in Freiburg vertretene Anschauung, daß die Sehnenreflexe eines Muskels durch seine gleichzeitige willkürliche Innervation gebahnt und durch die Innervation des Antagonisten gehemmt werden. Sie bleiben ferner nicht auf den Muskel lokalisiert, sondern breiten sich auf den Antagonisten aus. An den Ablauf des eigentlichen Reflexes schließt sich vielfach ein Hin- und Herpendeln zwischen Erregung und Hemmung an.

Grafe (130). Die nicht mit Ermüdung einhergehenden Zwangsbewegungen gehen außerordentlich viel ökonomischer vor sich als die gewöhnliche willkürliche Muskeltätigkeit des gesunden Menschen.

Plaut (275). Aus dem Ergebnis sei hervorgehoben: Sperrung und Verkürzung sind von einander unabhängige Funktionen. Es gibt keine mechanisch nachweisbare Ruhesperrung. Ein Einfluß des mechanischen Muskeltonus auf die chemische Wärmeregulation ist auszuschließen. Bei bestimmten Zuständen von Übersperrung (Rigor, Katatonie) kann der Skelettmuskel ohne ersichtlichen Stoffverbrauch Arbeit im physiologischen Sinne leisten.

Stahl und *Bahn* (325) und *Stahl* (324) sehen in der Haut eine Eintrittspforte und Umformungsstelle für gewisse Reize auf Vagus und Sympathikus. Eine unspezifische Hautreaktion zeigt nach Einspritzung von Milch und dergl. eine erhebliche Verstärkung. Auch Bäder bewirken eine ähnliche Allergie der Haut. Warme Bäder verstärken, kühle verkleinern eine nach unspezifischer Reiztherapie entstandene Quaddelbildung. Es ist dies eine Fernwirkung, eine gleichsinnige Umstimmung der gesamten Körperoberfläche, die nur durch Änderung des Tonus des vegetativen Nervensystems zu erklären ist. Warme Bäder machen eine Vagusreizung, kalte eine Sympathikusreizung. Nach wärmeren Bädern tritt eine Verdünnung des Blutes, erkennbar auch an verminderter Viskosität, Eiweiß und Erythrozytengehalt ein. Kalte Bäder wirken umgekehrt. Die Senkungsgeschwindigkeit kann nach beiden Seiten hin beeinflußt werden. Herdreaktionen kommen zustande durch eine allgemeine vegetative Umstimmung des Körpers und durch vermehrte örtliche Ansprechbarkeit am Krankheitsherd. Manche rätselhafte Fernwirkung wird so dem Verständnis näher gebracht.

Stein (329) bringt die klonischen Erscheinungen bei dem sich im ersten Lebensjahrzehnt einstellenden Stottern (Entwicklungsstottern), das sich manchmal dann zeigt, wenn zwischen Gedankenbildung und sprachlicher Ausdrucksfähigkeit ein Unterschied besteht, in Beziehung zu allgemeineren primitiven Ausdrucksbewegungen rhythmischer Natur, wie sie auch beim Stammeln des Säuglings hervortreten.

Strecker (333) weist an der Hand der Literatur und eigener Beobachtungen darauf hin, daß selbst nach geringfügigen Eingriffen in das Liquorsystem vorübergehend eine Vermehrung des Zell- und Eiweißgehaltes auftritt.

Stuurmann (336). Die Untersuchungen betrafen erregte und ruhige Kranke und Epileptiker. Bei unruhigen Kranken ist, wahrscheinlich infolge der vermehrten Muskelwirkungen die tägliche Harnazidität größer als bei ruhigen. Bei Epileptikern sinkt vor dem Anfall die Azidität und steigt nach dem Anfall. Das Sinken vor dem Anfall ist nicht die Folge einer Phosphatretention. Die Verabreichung von Al-

kalien, Kalk oder Phosphorsäure an Epileptiker hat keinen nachweisbaren Einfluß auf die Anfälle.

Wiechmann (369). Antrittsvorlesung, die sich über den Vorgang des Einschlafens und über die gesamten Stoffwechselvorgänge während des Schlafens eingehend ausspricht.

Wyß (372). Besprochen wird die psychische Beeinflussung des Zirkulationsapparates, bei der die Gefühlsbetonung, mit der alle von der Außenwelt in das Bewußtsein gelangenden Wahrnehmungen und ebenso die aus dem Innern des Körpers dem Bewußtsein zuströmenden Organempfindungen ausgestaltet sind, eine wesentliche Rolle spielt. (*Grimme.*)

Del Greco (84 a) spricht der Idee der „Konstitution" in der klinischen Psychiatrie das Wort. Er nennt sie einen wiedererstandenen „Hippokratismus" und beschäftigt sich 30 Jahre mit ihr.

Leoncini (214) bringt eine eingehende Studie über Selbstmord in Italien, wobei er alle Verhältnisse berücksichtigt.

Pollock (275 a), ein hervorragender Statistiker des Staates New-York, behauptet, daß, während die Zahl der Körperkrankheiten abnimmt, die der Geisteserkrankungen zunimmt, ferner, daß in den Städten mehr Leute geistig erkranken als in der Provinz.

Rosenberg (287 a) polemisiert gegen die allzu materialistische Auffassung der Neurologen, die Gefahr laufen, unlogische und der Natur der Sachen zuwiderlaufende Folgerungen zu ziehen. In erster Reihe protestiert er gegen die wahllose Tätigkeit, die dem Gehirne allerhand Funktionen unterschiebt, die dem Intellekt allein zukommen. Ferner spricht er der Neurologie das Recht ab, normale und pathologische Funktionen des Gehirnes „zu psychologisieren, d. h. diesem Organe Funktionen und Akte zuzuschreiben, die nur der Intelligenz und dem Geiste zukommen". — Es ist wünschenswert, daß *Rosenberg* diese seine gesunden, in klare Form gekleideten Ideen und Prinzipien auf breiter Basis den Neurologen zugänglich mache.

Bok (39) untersucht in einer sehr wertvollen, prinzipiell und heuristisch wichtigen Arbeit, die leider hier auch nicht im Auszuge wiedergegeben werden kann, die Anordnung der Neurone im Palaeocortex und Neocortex niederer und höherer Wirbeltiere und bringt diese Anordnung mit den entsprechenden Funktionen in Verbindung.

Hollander, Bernard (161). Ein populärer, stark materialistischer Vortrag über die Funktionen des Gehirnes und seiner Teile.

Hutter, A. (166) bringt nach einer kurzen historischen Skizze der Lehre über die Vererbung der Geisteskrankheiten die Ergebnisse der diesbezüglichen Untersuchungen von *Koller*, *Diem*, *Hoffmann*, *Kretschmer*, hauptsächlich aber *Rüdin.*

Marinesco (235). Eine eingehende Studie, in welcher mittels Ultramikroskopie, Färbung und histo-chemischen Methoden oxydierende Fermente untersucht werden und zwar 1. in welchen Teilen des Nervensystems diese Fermente sich entwickeln, 2. ihre Rolle in der Regeneration der Nerven, 3. Neurotropismus, 4. Veränderungen dieser Fermente im pathologischen Zustand.

(Von *Del Greco* an: *Révész*, Sibiu, Rumänien.)

---

2. Serologie.

Ref.: Max Bräuner-Lüneburg.

1. *Adler, H.* u. *Sinek, Fr.*, Die Mastix-Lezithinreaktion und ihre theoretischen Grundlagen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektkh. Bd. 103, H. 1, S. 123. (S. 52*.)
2. *Amend, S.*, Unsere Erfahrungen mit der neuen von *H. Sachs, Klopstock* und *Ohashi* angegebenen Schnellreaktion auf Syphilis. Klin. Wschr. Nr. 51, S. 2342.
3. *Aschoff, L.*, Ein Fall ausgedehnter Blutung der Rückenmarkshäute und des Gehirns nach Lumbalpunktion. Zentralbl. f. Path. Sonderbd. z. Bd. 33, Festschr. f. *M. B. Schmidt.*
4. *Bachmann, W.*, Serologische Studien mit Hilfe des Zeißschen Flüssigkeitsinterferometers. III. Mitt. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 40, H. 4/5, S. 325.
5. *Becher, E.*, Über die Druckverhältnisse im Liquor cerebrospinalis. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 37, H. 3, S. 325. (S. 53*.)
6. *Becker, L.*, Praktische Erfahrungen mit der Bruckschen Syphilisreaktion an 12 000 Untersuchungen. Ztschr. f. Immunforsch. u. exp. Therap. Bd. 40, H. 1/2, S. 105. Auszug: Klin. Wschr. Nr. 12, S. 479. (S. 50*.)
7. *Berger, W.*, u. *Untersteiner, R.*, Die Beeinflussung der Serumeiweißkörper durch Inkubation, Fieber und Rekonvaleszenz akuter Infekte. Untersuchungen bei Malariatherapie der Paralyse. Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 9, H. 2, S. 273. (S. 51*.)

7a. *Bigoni, A.*, Ricerche sul liquor nell' encefalite spontanea dei conigli. Pesaro. Prem. stab. d' arti grafiche cav. G. Federici. (S. 54*.)

8. *Bloch, E.*, und *Biberfeld, H.*, Die Eiweißkörper des Liquor cerebrospinalis und die Goldsolreaktion nach *Lange.* Ztschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 40, S. 350 u. Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 461.
9. *Blum, K.*, Vergleichende Untersuchungen über den klinischen Wert der Goldsolreaktion und der Normomastixreaktion (*Kafka*). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5, S. 574. (S. 54*.)
10. *Blumenthal, G.*, Zur Extraktfrage bei der Wassermannschen Reaktion. Ztschr. f. Hyg. u. Infektkh. Bd. 101, H. 3, S. 298. (S. 49*.)
11. *Blumenthal, G.*, u. *Shirakawa, T.*, Über den Wert der Wa.-R. und die kolloidalen Reaktionen f. d. Liquordiagnostik. Med. Klin. Nr. 49, S. 1738. (S. 53*.)
12. *Boas, Mörch* u. *Pontoppidan*, Vergleichende Untersuchungen über die Wassermannsche, die Meinickesche, die Sachs-Georgische Reaktion und die Σ-Reaktion. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 146, H. 3, S. 443 u. Hospitalstidende 67, Nr. 1—4. (S. 51*.)

13. *Bohne, A.*, Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 1584.
14. *Brocq, L.*, Est-il exact que la méthode sérologique de M. le Dr. Vernes soit moins sensible que le Bordet-Wassermann? Presse méd. Nr. 42, S. 456.
15. *Bruck, Jacobsthal, Kafka, Zeißler*, Handbuch der Serodiagnose der Syphilis. 2. Aufl. Berlin, J. Springer. 546 S. 30.— M.
16. *Bruns, G.*, Erfahrungen mit der Meinickeschen Trübungsreaktion. Med. Klin. Nr. 34, S. 1178.
17. *Bückmann, J.*, Kasuistische Beiträge zur Mastixreaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4—5, S. 562.
18. *Cornaz, G.*, La réaction de Dold comparée aux reactions de précipitation de Sachs-Georgi, de Vernes et à la réaction classique de Wassermann. Ann. des maladies vénér. Nr. 7, S. 488.
19. *Ebert, M. H.*, and *Mitchell, J. H.*, A comparative study of the Herrold precipitation test and the Wassermann reaction. Arch. of dermatol. a. syphilol. Bd. 10, Nr. 1, S. 36.
20. *Elkeles, G.*, Über die Aktivmethode der Meinickeschen Trübungsreaktion. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 39, H. 4, S. 301.
21. *Eskuchen, K.*, Zur Liquordiagnostik. Deutsche med. Wschr. Nr. 40, S. 1369. (S. 53*.)
22. *Fleischer, L.*, Über die quantitative Ausgestaltung der Flockungsreaktionen. Arch. f. Hyg. Bd. 94, H. 4—6, S. 255. (S. 51*.)
23. *Flockenhaus* u. *Fonseca*, Beiträge zur Liquordiagnostik. Deutsche med. Wschr. Nr. 31, S. 1045. (S. 53*.)
24. *Forssmann, J.*, Zur Praxis der Wassermannschen und der Sachs-Georgischen Reaktion. Acta dermato-vèn. Bd. III, H. 1—2.
25. *Förtig, H.*, Erfahrungen mit der Meinickeschen Trübungsreaktion im aktiven Serum. Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 365. (S. 50*.)
26. *Derselbe*, Über den Ausfall der Wassermannschen Reaktion im aktiv und inaktiviert untersuchten Liquor in den einzelnen Sypilisstadien. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 147, H. 2, S. 246.
27. *Friedberger, E.*, u. *Shiga, A.*, Über den Einfluß der Radiumstrahlen auf die Komponenten der Wassermannschen Reaktion. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 39, H. 5, S. 445.
28. *Gabbe, E.*, und *Wüllenweber, G.*, Beitrag zur Theorie und Praxis der Mastixreaktion im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 39, S. 297. (S. 54*.)
29. *Georgi, F.*, Zur Biologie des Blutplasmas Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 55. (S. 52*.)
30. *Glaus, A.*, Über die Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen in der Psychiatrie. Schweiz. med. Wschr. Nr. 11, S. 260. (S. 51*.)
31. *Goebel, W.*, Die qualitative Differenzierung des Liquoreiweißes durch die

Mastixreaktion (E. M. R. Goebel) und ihre praktische Verwertung für die Differentialdiagnose der organischen Nervenkrankheiten. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, S. 169.
32. *Golant-Ratner*, *R.*, Die Goldsolreaktion bei Dementia praecox. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 1128. (S. 54*.)
33. *Goldscheider*, *A.*, u. *Wittgenstein*, *A.*, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose und Behandlung der Frühsyphilis. Deutsche med. Wschr. H. 16, S. 508. (S. 53*.)
34. *Goerisch*, *E.*, Resultate der Liquoruntersuchungen von 284 Fällen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 82, H. 5/6, S. 339. (S. 53*.)
35. *Grauaug*, *H.*, Zur Ausführung der Wassermannschen Reaktion mit wenigen Tropfen Blutes. Klin. Wschr. Nr. 42, S. 1934. (S. 49*.)
36. *Griesbach*, *R.*, Erfahrungen mit der Kodamaschen Ausflockungsreaktion an 1500 Sera. Klin. Wschr. Nr. 36, S. 1630. (S. 51*.)
37. *Derselbe*, Zur Theorie der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 607. (S. 48*.)
38. *Gütschow*, *A.*, Die Untersuchung des Liquors mit dem Trömnerschen „Sedimentator". Klin. Wschr. H. 32, S. 1470.
39. *Hartenfels*, *H.*, Erfahrungen mit Meinicke-Extrakten zur Serodiagnostik der Lues. Zentralbl. f. Bakt., Parask. u. Infektkrh. Orig.-Bd. 91, H. 6, S. 388.
40. *Hazebroek*, *F.*, Die klinische Bedeutung des Ausschlages der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Syphilitikern. Geneesk. tijdschr. v. Nederl. Ind. Bd. 64, H. 2, S. 228. (Holl.)
41. *Hecht*, *H.*, Quantitative Liquordiagnostik. Dermatol. Wschr. Bd. 78, Nr. 26, S. 723.
42. *Derselbe*, Zur Technik meiner Aktivmethode der Seroreaktion bei Syphilis. Deutsche med. Wschr. Nr. 40, S. 1374. (S. 49*.)
43. *Heilig*, *R.*, u. *Hoff*, *H.*, Menstruation und Liquor.Klin. Wochr. Nr. 45, S. 2049. (S. 54*.)
44. *Heinemann*, *H.*, Untersuchungen über den Liquor cerebrospinalis. I. u. II. Mitt.: Der Liquor cerebrospinalis Malariakranker. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 28, H. 1 u. 5, S. 26 u. 187.
45. *Heßberg*, *R.*, Über die Bedeutung der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis für die Augenheilkunde. Klin. Monatsbl. f. Augenhk. Bd. 72, Jan.-Febr., S. 120.
46. *Heyer*, *E.*, Über Erfahrungen mit der neuen Ausflockungsreaktion auf Lues nach Sachs und Klopstock. Klin. Wschr. Nr. 46, S. 2099. (S. 51*.)
47. *Hilgers*, *W. E.*, Die Verwertbarkeit sogenannter labiler Sera für die Flockungsreaktion nach Sachs-Georgi, Meinicke, D. M. und M. T. R. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 41, H. 2, S. 152.
48. *Högler*, *F.* u. *Serio*, *F.*, Untersuchungen über den klinischen Wert der Abderhaldenschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der Preglschen Methode. Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 7, H. 3, S. 571.

49. *Hohn, J.*, Die Konservierung von Hammelblut für die Wassermannsche Reaktion durch Normosal. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 1707. (S. 49*.)

50. *Derselbe*, Die MTR.-Sol-Lösung, eine stabile haltbare, stets gebrauchsfertige Extrakt-Kochsalzmischung zur Serodiagnostik der Syphilis. Münch. Med. Wschr. Nr. 11, S. 325. (S. 50*.)

51. *Derselbe*, Ein Pipettierapparat zum Einfüllen der Reagentien bei der Wa.-R. und den Ausflockungsreaktionen. Münch. med. Wschr. Nr. 35, S. 1199.

52. *Jacobi, W.*, Zur Frage der osmotischen Erythrocytenresistenz bei Nervösen und Psychisch-Kranken. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 228.

53. *Kafka, V.*, Serologische Methoden, Ergebnisse und Probleme in der Psychiatrie. (Handb. d. Psych., Allg. Teil, 1. Abt., 2. T.). Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 204 S. 8,50 M. (S. 52*.)

54. *Derselbe*, Über die Bedeutung der Hämolysinreaktion für die Pathogenese der progressiven Paralyse. Med. Klin. Nr. 14, S. 450.

55. *Kahn, R. L.*, The Kahn precipitation test for syphilis. Americ. journ. of public-health. S. 498.

56. *Kaltenbach, H.*, Über einige prognostische Schlüsse aus den Liquoranalysen bei malariabehandelten Paralytikern. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3—4, S. 384. (S. 53*.)

57. *Kapsenberg, G.*, Die Rolle der Globuline bei der Reaktion von Wassermann und bei der Reaktion von Sachs-Georgi. Ztschrf. f. Immun.-forsch. u. exp. Ther. Bd. 39, H. 1, S. 3.

58. *Kastan, M.*, Die Beeinflussung der Liquorreaktionen durch Kalk. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1—4, S. 146.

59. *Kilduffe, R. A.*, Die Kolmersche Modifikation der Komplementfixationsprobe für Syphilis. Americ. journ. of the med. science Nr. 624.

60. *Klopstock, A.*, Über den Einfluß von Komplementfunktion und Deviabilität auf die Intensität der Komplementbindung. Ztschr. f. Immunforsch. u. exp. Therap. Bd. 41, H. 2, S. 126. (S. 48*.)

61. *Klopstock, A.*, und *Döller, W.*, Über den serologischen Luesnachweis mittels Meinickes Trübungsreaktion. Klin. Wschr. Nr. 23, S. 1022. (S. 50*.)

62. *Klostermann, M.*, u. *Weisbach, W.*, Über ein konstantes Grundantigen zur Serodiagnose der Syphilis. Arch. f. Hyg. Bd. 94, H. 4—6, S. 247. (S. 49*.)

63. *Knipping, H. W.* u. *Kowitz, H. L.*, Über die Bestimmungen der Eiweißfraktionen in Serum und Plasma. Hoppe-Seylers Ztschr. f. physiol. Chem. Bd. 135, S. 84 u. Klin. Wschr. Nr. 18, S. 788.

64. *Konrich, F.*, Untersuchungen über Normalisierung der Blutaufschwemmung für Komplementbildung und zur Wa.-Reaktion. Zentralbl. f. Bakt., Paras.k. u. Inf.k. Orig. Bd. 91, H. 7/8, S. 533.

65. *Krabbe, K. H.*, Lumbalpunktur mit dünnen Kanülen. Ugeskrift f. laeger Nr. 44, S. 831. (Dänisch.)
66. *Krömeke, Frz.*, Über die Argentumreaktion von Lange und Heuer. Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 1077. (S. 51*.)
67. *Kyrieleis, W.*, Erfahrungen mit der 24 Stundenmethode der Bruckschen Flockungsreaktion (B.R.) auf Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 327. (S. 50*.)
68. *Lenzberg, K.*, Über eine neue Modifikation der Mastixreaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5, S. 570. (S. 54*.)
69. *Derselbe*, Über eine vereinfachte Methode des „NaOH-Vorversuches" bei der Mastixreaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 942. (S. 54*.)
70. *Liebers, M.*, u. *Maaß, S.*, Neurologisch-serologische Untersuchungsergebnisse aus einer Idiotenanstalt. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 56, H. 1, S. 33.
71. *zur Linden, W.*, Erfahrungen mit der Meinickeschen Trübungsreaktion. (M.T.R.) Deutsche med. Wschr. Nr. 34, S. 1149; s. auch S. 1256. (S. 50*.)
72. *Lorenz* and *Bleckwenn*, Clinical syphilis and the „standard Wassermann (Kolmers)." Journ. of laborat. a. clin. med. Bd. 9, Nr. 10, S. 709.
73. *Löwenberg, K.*, Über den Einfluß der Temperatur auf die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, S. 541. (S. 52*.)
74. *Manteufel*, Bemerkungen zu dem Ergebnis der bisherigen Untersuchungen betr. Abänderung der amtlichen Anleitung für die Ausführung der Wassermannschen Reaktion. Zentralbl. f. Bakt. etc. Bd. 93, H. 1/4, Beiheft.
75. *Martin, H.*, Über vergleichende Untersuchungen zwischen der Meinickeschen Trübungsreaktion (M.T.R.), der Sachs-Georgischen Flockungsreaktion (S.G.-R.) und der Wassermannschen Rekation (Wa.R.). Deutsche med. Wschr. Nr. 45, S. 1536. (S. 50*.)
76. *Matsuo, M.*, Erfahrungen mit der Bruckschen Flockungsreaktion (Schnellmethode) zum Nachweis der Syphilis bei der Untersuchung von Menschen- und Kaninchenserum sowie von menschlicher Lumbalflüssigkeit. Dermat. Wschr. Bd. 79, Nr. 47, S. 1519.
77. *Mayr, J. K.*, Kolloidale Reaktionen, zentrale bzw. peripherische Verschiebungen im Blutbild. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1479.
78. *Meinicke, E.*, Zur Technik meiner Trübungsreaktion auf Syphilis (M.T.-R.) IV. Mitt. Klin. Wschr. Nr. 9, S. 361.
79. *Derselbe*, Die MTR.-Sol-Lösung, eine stabile, haltbare, stets gebrauchsfertige Extrakt-Kochsalzmischung zur Serodiagnostik der Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 554. (S. 50*.)
80. *Modlmayr, L.*, Zur Frage der Salvarsanprovokation der Wassermannschen Reaktion bei Nichtsyphilitikern mit Berücksichtigung der

Sachs-Georgischen und Meinickeschen Reaktion. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 146, H. 3, S. 513. (S. 49*.)
81. *Molnár, T.*, Über Selbsthemmung der aktiven Sera. Ztschr. f. Immunforsch. u. exp. Ther. Bd. 41, H. 2, S. 148.
82. *Muchow, H.*, Beitrag zur Serodiagnose der Syphilis nach Bruck. Dermatol. Wschr. Bd. 78, Nr. 6.
83. *Nast, O.*, Liquordiagnostik und endolumbale Behandlung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, S. 179.
84. *Neufeld, L.*, Zur Theorie der Wassermannschen Reaktion. Med. Klin. Nr. 9, S. 283. (S. 48*.)
85. *Oeller, H.*, u. *Schierge, M.*, Erwiderung auf die Arbeit von *G. Kapsenberg*: „Die Rolle der Globuline bei der Reaktion von Wassermann und bei der Reaktion von Sachs-Georgi." Ztschr. f. Immunforsch. u. exp. Ther. Bd. 40, H. 4/5, S. 393.
86. *Pappenheim, M.*, Bemerkungen zu einigen Problemen des Liquordruckes. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1023. (S. 53*.)
87. *Derselbe*, Liquorstase bei diffuser Meningitis, Bemerk. z. Arb. v. *Pette* Bd. 92, S. 346 dieser Ztschr. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 214.
88. *Pesch, K. L.*, u. *Schütt, H.*, Die Luestrübungsreaktion nach Meinicke und deren Modifikation nach Hohn. Münsch. med. Wschr. Nr. 31, S. 1060.
89. *Peter, C.*, Metastatische Karzinose der weichen Hirnhäute mit Tumorzellbefund im Liquor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 1.
90. *Poschacher, A.*, Über Meinickes dritte Trübungsreaktion (MTR^3). Dermatol. Wschr. Bd. 79, Nr. 33, S. 950. (S. 50*.)
91. *Radaeli, A.*, Über die Hechtsche Methode für die Serodiagnostik der Syphilis. Giorn. ital. del mal. ven. H. 3.
92. *Rehm, O.*, Kolloidreaktionen in den Körperflüssigkeiten (Blut, Liquor, Harn). Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1793.
93. *Rubinstein, M.*, Sérodiagnostic de la syphilis, méthodes colorimétriques de floculation indirecte (Wassermann, Jacobsthal, Hecht) et méthodes de floculation directe. Presse méd. Nr. 95, S. 939.
94. *Sachs, H.*, Von den Ergebnissen der auf Veranlassung der Hygienekommission des Völkerbundes ausgeführten vergleichenden Untersuchungen zum serologischen Luesnachweis. Ztschr. f. Immun.-fosrch. u. exp. Ther. Bd. 40, H. 1/2, S. 179.
95. *Derselbe*, Von der Kopenhagener Konferenz über den serologischen Luesnachweis. Klin. Wschr. Nr. 4, S. 174.
96. *Sachs, H.*, u. *Klopstock, A.*, Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels „Benzocholextrakten", Klin. Wschr. Nr. 40, S. 1818.
97. *Sachs, Klopstock* u. *Ohashi*, Neuere Versuche zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung. Klin. Wschr. Nr. 30.

98. *Schilling, E.*, Die vereinfachte Meinickesche Trübungsreaktion als prinzipielle Untersuchungsmethode im Krankenhaus. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 844. (S. 50*.)
99. *Schmidt, H.*, Die heterogenetischen Hammelblutantikörper und ihre Antigene. (Moderne Biologie H. 6.) Leipzig, C. Kabitzsch. 122 S. 2,40 M. (S. 54*.)
100. *Schmitt, W.*, Über die Bedeutung des Kochsalzversuches bei den Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis, insbesondere der Mastixreaktion. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 82, H. 1—2, S. 111.
101. *Derselbe*, Zur Frage des Kochsalzversuches bei den Kolloidreaktionen, insbesondere der Mastixreaktion. Klin. Wschr. Nr. 29, S. 1322.
102. *Schmitt, W.*, u. *Gebhardt, F.*, Zur Frage der Verwendung geschützter Silbersole zur Liquordiagnostik. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 185. (S. 54*.)
103. *Schultze, W.*, Klinische Erfahrungen mit der Meinicke-Trübungsreaktion (MTR). mit aktivem Serum bei Zimmertemperaturen. Klin. Wschr. Nr. 14, S. 580.
104. *Schwarz, R.*, u. *Grünewald, E. A.*, Über eine neue kolloidchemische Liquorreaktion. Klin. Wschr. Nr. 26, S. 1026. (S. 53*.)
105. *Seki, T.*, Zur Kenntnis der „Wassermannschen Substanz". Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 40, H. 1/2, S. 14.
106. *Shionoya, T.*, A study of the ultraviolet absorption spectra of cerebrospinal fluid — a new test. (Prelim. report.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. 167, Nr. 5, S. 735.
107. *Singer, E.*, u. *Herrmann, G.*, Wird die WaR. durch Paraldehyd beeinflußt? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4—5, S. 606.
108. *Stern, C.*, Über die Klausnersche Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 372.
109. *Derselbe*, Über Mischextrakte und Mischen von Extrakten für Trübungsreaktionen. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 295.
110. *Derselbe*, Untersuchungen über die Schichtprobe bei der serologischen Syphilisdiagnostik. Klin. Wschr. Nr. 10, S. 398. (S. 51*.)
111. *Stern, M.*, Über die Brucksche Ausflockungsreaktion bei Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 146, H. 1, S. 79.
112. *Stern, R.*, Kolloidchemie und serologische Luesreaktionen. Med. Klin. Nr. 12, S. 381. (S. 48*.)
112a. *Derselbe*, Über den Mechanismus der serologischen Luesreaktionen. Biochem. Ztschr. Bd. 144, H. 1/2, S. 115. (S. 48*.)
113. *Derselbe*, Über die Isolierung und Bestimmung der komplementbindenden Substanz syphilitischer Sera. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 39, H. 4, S. 293. (S. 48*.)
114. *Strecker, H.*, Experimentelles zur Frage der sogenannten Stichlochdrainage nach Lumbalpunktion sowie über das Verhalten von Farb-

stoffen im Lumbalsack. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 114. (S. 52*.)
115. *Takenomata, N.*, Über den Einfluß von Saponin auf serologische Reaktionen. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 39, H. 3, S. 254.
116. *Derselbe*, Zur Frage der Serum-Inaktivierung beim serologischen Luesnachweis. Med. Klin. Nr. 25, S. 865.
117. *Targowla, R.*, Étude comparative des réactions du liquide céphalorachidien dans la paralysie générale évoluant spontanément et dans les cas traités. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 33, S. 1537.
118. *v. Thurzó, E.*, Die bikolorierte Benzoeharzreaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5, S. 472. (S. 54*.)
119. *v. Thurzó, E.*, u. *Széky, A.*, Die gefärbte Normomastix-Reaktion des Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 134. (S. 53*.)
120. *Tsien-Yung-Tsü*, Über den Einfluß der Temperatur auf die Ausflockung beim serologischen Luesnachweis. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 39, H. 3, S. 225.
121. *Untersteiner, R.*, Erfahrungen über die vereinfachte MTR. (Meinickes Trübungsreaktion). Deutsche med. Wschr. Nr. 13, S. 405. (S. 50*.)
122. *Derselbe*, Weitere Erfahrungen über die vereinfachte Meinickesche Trübungsreaktion. Dermat. Wschr. Bd. 79, Nr. 36, S. 1042.
123. *Wechselmann, W.*, Über eine verbesserte Methode der Lumbalpunktion zur Ausschaltung des Meningismus. Med. Klin. Nr. 50, S. 1761. (S. 52*.)
124. *Weigeldt, W.*, Der Liquor cerebrospinalis (Zusammenfassung von Studienergebnissen). Deutsche med. Wschr. Nr. 30, S. 1023.
125. *Weisbach, W.*, Wassermannsche Reaktion und Ausflockungsreaktionen einschließlich der Trübungsreaktionen im Lichte neuerer Forschung. 2. neub. u. verm. Aufl., Jena, G. Fischer, 82 S. 3,— M.
126. *Weyrauch, F.*, Weitere Untersuchungen über die Brauchbarkeit der Trübungsreaktion nach Dold. Med. Klin. Nr. 27, S. 940. (S. 50*.)
127. *Wüllenweber, G.*, Über die Frage der Verwendbarkeit des Liquor cerebrospinalis zu diagnostiscehn Zwecken bei artifizieller Blutbeimengung; zugleich ein Beitrag zur Genese der Mastixkurve. Klin. Wschr. Nr. 39, S. 1756. (S. 53*.)
128. *Derselbe*, Was bietet die Mastixreaktion des Liquor cerebrospinalis dem Kliniker? Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 80, H. 1/2, S. 106. (S. 54*.)
129. *Yamamoto, Joshizo.*, Beitrag zur Wassermannschen Reaktion. Ztschr. f. Immun.forsch. u. exp. Ther. Bd. 40, H. 4—5, S. 395.
130. *Young, C. C.*, The Kahn precipitation test for syphilis. Americ. journ. of public health S. 508.

a. Serum,

Die Frage, ob die Wa.-R. ganz oder teilweise eine spezifische Antigen-Antikörperreaktion darstellt, ist noch nicht geklärt. *Griesbach* (37) griff auf alte Tierversuche zurück, deren Fehlerquellen er zu vermeiden suchte. Nach Injektion der verschiedenen Extrakte an Meerschweinchen konnte er einzig und allein nach Luesleberextrakten bei diesen Tieren positive Wa.-R. erhalten, während Vorbehandlung mit allen anderen Extrakten eine negative Serumreaktion ergab, auch wenn cholesterinierte Extrakte verwendet wurden. Die Ausflockungsreaktionen blieben stets negativ. Verf. schließt daraus, daß es sich bei den (schwach) ausfällenden positiven Reaktionen seiner Versuchstiere nicht um Bildung von Lipoidantikörpern handeln kann, wie vielerseits für die Wa.-R. angenommen wird.

Aus theoretischen Gründen und im Vergleich mit der Rotz-Reaktion tritt auch *Neufeld* (84) gegen die neue Theorie v. Wassermanns auf, daß die Wa.-R. eine Auto-Antikörperreaktion gegen Lipoide darstellt. Er nimmt an, daß die Reaktionskörper der Wa.-R. im luetischen Serum präformiert vorhanden sind, und daß den Lipoidextrakten nur die Rolle von Aktivatoren zufällt.

Rudolf Stern (112) betrachtet die verschiedenen Agentien der Wa.-R. in ihrer Eigenschaft als Kolloide, was nach Verf. sichergestellt ist. Er denkt sich die Komplementbindung als Adsorption eines Kolloides an ein anderes, da die Bedingungen für die Adsorption besonders günstig lägen. Im weiteren fand Verf. bei Verwendung von Normosallösung an Stelle von physiolog. Kochsalzlösung zur Peptisierung der Euglobuline, daß dann die Euglobulinsuspensionen streng spezifisch nach Wassermann und Sachs-Georgi reagierten. Damit ist nach Verf. der Beweis erbracht, daß im Serum nur die hydrophoben Euglobuline für den Ausfall der serologischen Luesreaktion maßgebend sind. Aus weiteren Versuchen vermutet Verf., daß das luetische Euglobulin, im Gegensatz zum normalen, Eigenschaften besitzt, die die Lipoidsole zu sensibilisieren vermag. Verf. hält somit an der Möglichkeit fest, das Reaktionsvermögen des luetischen Serums rein physikalisch-chemisch zu erklären. Die Versuche zu diesen Ergebnissen sind in einer anderen Arbeit (112a) veröffentlicht. — Derselbe Autor (113) greift die Folgerungen einer Arbeit von *Skrop* über die komplementbindende Substanz syphilitischer Sera heftig an. Daß diese Substanz sich auch in den Eiweißfraktionen nicht isolieren läßt, sei nicht richtig und seine Ergebnisse die Folge von ungeeigneten Fraktionierungsmethoden. Verf. hält, wie weiter oben referiert. die Eiweißnatur dieser Substanz für sehr wahrscheinlich. Die Trennbarkeit durch Kataphorese ist nicht möglich; ebenso seien die theoretischen Annahmen *Skrops* in dieser Richtung fehlerhaft.

Zu Ergebnissen, die für die Praxis der Wa.-R. wichtig sind, führten Versuche von *Klopstock* (60). Die sog. Ablenkbarkeit oder Deviabilität des Komplements wechselt und führt dazu, daß u. U. dasselbe Serum, mit verschiedenen Komplementen geprüft, Divergenz in den Ergebnissen der Reaktion aufweisen kann, ohne daß Verschiedenheit der hämolytischen Kraft festzustellen ist. Komplementüberschuß braucht nicht immer zu einer Abschwächung der Reaktion zu führen, sondern im Gegenteil zu einer höheren Empfindlichkeit, weil anscheinend die Deviabilität

den Komplementüberschuß mehr als kompensiert. Es zeigt sich oft ein Parallelismus zwischen Komplementtiter und Deviabilität. Schütteln des Meerschweinchenserums kann eine stärkere Hemmung bei der Wa.-R. bewirken, als ungeschütteltes Serum, wobei der Komplementtiter sich kaum veränderte. Nach Verf. ist sowohl Komplementtiter wie Deviabilität eine Funktion der Labilität der Serumglobuline.

Ausgedehnte Versuche über Extrakte führten *Blumenthal* (10) dazu, als wirksamstes Extrakt eine Mischung eines brauchbaren Luesleberextraktes mit einem lipoidhaltigen Meerschweinchenherzextrakt zu gleichen Teilen zu empfehlen. Die Gewinnung von Extrakten wird eingehend beschrieben. Nicht brauchbar, weil zu unspezifischen Hemmungen neigend, waren die Ätherextrakte nach Lesser. Mischungen von Luesleberextrakt mit cholesterinierten Rinder- und Menschenherzextrakten zeigten Versager. Eine Heraufsetzung der auf den staatlich geprüften Flaschen angegebenen Gebrauchsdosen lieferten keine besseren Resultate. — *Klostermann* u. *Weißbach* (62) halten ihren früheren Standpunkt in der Frage nach der Natur der wirksamen Bestandteile der Organextrakte gegenüber den Einwendungen von *Epstein* und *Paul* aufrecht. Durch Vorbehandlung des Herzpulvers mit Petroläther gewinnen sie ein für alle angegebenen Syphilisreaktionen brauchbares Antigenmaterial. Das so hergestellte Extrakt ist frei von Fetten und Sterinen, Lezithin und Kephalin; somit spielen diese Phosphatide keine ausschlaggebende Rolle. Die Lipoidbindungstheorie für die Wa.-R. besitzt also keine allgemeine Gültigkeit. Bedeutung hat nach Verff. das von ihnen sog. Lezithalbumin.

Die von *Grauaug* (35) empfohlene Technik der Wa.-R. mit geringen Blutmengen erweckt zunächst Bedenken, da die gleich anfangs vor dem Inaktivieren vorgenommene Verdünnung des Serums mit Kochsalzlösung vielleicht zu Abweichungen führen kann. Ausreichende Parallelversuche mit der gewöhnlichen Methode erscheinen notwendig. — *Hohn* (49) benutzt zur Konservierung der Hammelblutkörperchen Normosallösung an Stelle von NaCl und, da Normosal schneller zu bakterieller Verunreinigung neigt, setzt er 0,1% Karbol hinzu. Zur Verdünnung der anderen Versuchsreagentien muß indessen NaCl-Lösung genommen werden, da sonst leicht zu starke unspezifische Hemmungen auftreten. Die Methode hat den Vorteil, daß der Hammel nur alle zwei Wochen punktiert zu werden braucht.

Zur Salvarsanprovokation nach Gennerich äußert sich *Modlmayer* (80) dahin, daß die Methode brauchbar ist, sofern zur Entnahme des Blutes nach Injektion des Salvarsans die Spritze gut mit Blut durchspült oder besser die Blutentnahme mit einer neuen Spritze vorgenommen wird. Die angeblichen atypischen Hemmungen bei Salvarsanprovokation, die von einigen amerikanischen Autoren angegeben wird, beruhen wohl auf Verunreinigung mit Salvarsanresten. — *Hecht* (42) weist erneut auf seine Aktivmethode hin, die in Fällen mit bekannter Syphilis die größte Zahl von positiven Resultaten ergibt, allerdings nicht so spezifisch wie die anderen Methoden ist. Die Technik seiner Methode hat Verf. gegen früher etwas verändert.

Von den anderen Serumreaktionen beherrscht nach Zahl der Veröffentlichungen die Meinicke-Trübungsreaktion das Feld. Die zahlreichen Nachprüfungen führten zu dem Ergebnis fast allseitiger Zustimmung. *Förtig* (25) findet sie empfindlicher als Wa.-R. und S.-G.-R., sie hat eine größere Reaktionsbreite, ohne daß es zu unspezifischen Ausschlägen kommt. Besonders bedeutsam ist die Verwendung von aktivem Serum. Trotz der einfachen Technik ist sie aber nicht als einzige Reaktion zu empfehlen, da Verf. vereinzelt negative M.-T.-R. bei positiver Wa.-R. hatte. Die Untersuchungen von Lumbalpunktaten auch in der Methode von Elkeles lehnt Verf. ab. Von seinen 20 nach Wa.-R. positiven Liquores gaben nur 3 eine positive M.-T.-R. — *Meinicke* (79) wendet sich gegen das Verfahren von *Hohn* (50), der eine stabile, stets verwendbare M.-T.-R.-Sollösung herstellt. *H.* gibt damit die Hauptvorzüge der M.-T.-R. preis, nämlich das Arbeiten ohne Brutschrank und das schnelle Ablesen. — *Untersteiner* (121) fand 99% Übereinstimmung von M.-T.-R. und Wa.-R. bei einem psychiatrisch-neurologischen Material, eine unspezifische Reaktion nach Meningitis tuberculosa, während zwei Fälle von Ikterus catarrhalis nur mit Wa.-R. unspezifisch anzeigten, mit D-M. und M.-T.-R. aber negativ waren. — *Schilling* (98) empfiehlt die M.-T.-R. als Standardreaktion, weil er in 1000 Fällen nur 3 unspezifische Reaktionen hatte und sie mehrfach besser fand als die Wa.-R. — Weitere Untersucher wie *zur Linden* (71), *Klopstock* und *Döller* (61), finden sie sehr brauchbar, aber wollen sie wegen gewisser Mängel doch nur neben der Wa.-R. anwenden. — Mehr noch weist *Martin* (75) auf die Gefahr unspezifischer Reaktionen hin neben der auch von ihm festgestellten größeren Reaktionsbreite der M.-T.-R. im Vergleich zu den anderen Reaktionen. Er glaubt 6 unspezifische Ausfälle in seinem Material gesehen zu haben. — Ausführlicher setzt sich noch *Poschacher* (90) mit der Reaktion auseinander. Er modifiziert die Ablesung auf 1 Stunde und 4 Stunden, verwertet auch Trübung und Flockung getrennt. Die 16fache Extraktverdünnung verdient auch nach ihm den Vorzug. Bei Lues latens ist die Wa.-R. nur in 1,1% allein positiv, die M.-T.-R. aber in 6,1%. Seren mit Eigenhemmung nach Wa.-R. sind meist noch mit zur M.-T.-R. verwendbar.

Weyrauch (126) möchte die Dold-Reaktion neben der Wa.-R. besonders wieder empfehlen. Beide hatten ungefähr gleichviel Versager beim Vergleich gegeneinander. Die Übereinstimmung bestand in 95,2%; nach den Ausführungen oben scheint die M.-T.-R. der D.-R. doch etwas überlegen zu sein.

Becker (6) hat die Brucksche Methode mit der Wa.-R. nach Kaup in großen Untersuchungsreihen verglichen. Brucks Reaktion wurde dabei etwas modifiziert; statt Serumverdünnung mit 10prozentiger NaCl-Lösung wurde 10-prozentige Na^2SO^4-Lösung verwandt. Während die B.-R. bei Lues I und II und Paralysen der Wa.-R. nach Kaup etwas unterlegen war, ergab sich ein starkes Überwiegen der positiven B.-R. bei Lues latens, Lues III und Tabes. Die Arbeit begründet diese Stellungnahme des Untersuchers in ausführlicher übersichtlicher Darstellung. —*Kyrieleis* (67) kommt unter ausschließlicher Benutzung der B.-R. in der Modifikation ohne Zentrifugieren zu ganz entsprechenden Resultaten. Auch hier fand sich eine Verschiebung der Reaktionsbreite der Reaktion aus der Früh-

in die Spätstadien der Lues. — Mit einer neuen von Sachs und Klopstock angegebenen Flockungsreaktion mit Benzocholextrakten stellte *Heyer* (46) Nachprüfungen an und kommt bei seinen bisherigen Fällen zu günstigem Ergebnis. Der Vorteil soll sein: Frühablesung gegenüber der Sachs-Georgi-R., große Einfachheit, so daß Verf. sie sogar für die Allgemeinpraxis für geeignet hält. — Die Schichtprobe nach Kodama hält *Griesbach* (36) unter Verwendung von cholesterinierten Extrakten für sehr spezifisch und geeignet zur vorläufigen Orientierung. Die Wa.-R. sei aber stets nachzuholen. Da absolut klare Seren notwendig sind, fielen 18% der zu untersuchenden Seren aus, immerhin eine erhebliche Einschränkung für die Reaktion. Gerade mit Bezug auf diese Probe warnt *C. Stern* (110) vor dem durch Cholesterinzusatz allzu empfindlich gemachten Extrakten und besonders vor der Empfehlung dieser Reaktionen für den praktischen Arzt.

Fleischer (22) versuchte, Flockungsreaktionen quantitativ auszugestalten. Als Test benutzte er die Klärung des opaleszierenden Extraktgemisches durch eine bestimmte Menge Serum (0,3; 0,15 usw.) unter Flockenbildung. Er glaubt, diese Methode der quantitativ ausgestalteten Wa.-R. an die Seite stellen zu können. Sie sei besonders empfindlich in der Anzeige eines Behandlungserfolges im Serum, wenn die Wa.-R. noch unverändert positiv sei. — Den gleichen Vorzug der quantitativen Ausführbarkeit soll eine andere, noch wenig nachgeprüfte Flockungsreaktion haben, wie *Boas*, *Mörch* und *Pontoppidan* (12) berichten, die Σ-Reaktion von Dreyer und Ward in Oxford. Bei ihren Vergleichsversuchen fanden sie die Meinicke-Flockungsreaktion wenig empfindlich, die Σ-Reaktion soll die Wa.-R. erheblich an Empfindlichkeit übertreffen, ohne wesentliche Unspezifizität. Leichte Technik der Reaktion läßt sie neben der Wa.-R. als besonders geeignet erscheinen.

Über die Argentumreaktion von Lange und Heuer berichtet *Krömeke* (66), daß sie brauchbarer wird durch Verwendung einer Quarzlampe an Stelle der Sonnenbestrahlung. Sie stellt eine einfache Globulinfällung dar, welche durch Hinzufügen des Argentumsalzes deutlicher gemacht wird. Sie zeigt die Aktivität eines mit Gewebezerfall einhergehenden Prozesses an, ist aber kein Ersatz für die Wa.-R.

Die Beeinflussung der Serumeiweißkörper während der Malariatherapie haben *Berger* und *Untersteiner* (7) verfolgt unter Anwendung des refraktometrischen Mikroverfahrens von Robertson. Die untersuchten vier Paralysen zeigten zunächst hohe Gesamteiweißwerte. Während Inkubationszeit und Fieberperiode tritt neben Herabsetzung des Gesamteiweißes eine relative Globulinvermehrung auf. In der Rekonvaleszenz überdauert die negative Phase der Konzentration des Gesamteiweißes den Fieberanfall. Nachwirkung der Infektion war 1 bis 12 Wochen vorhanden. Es kam zu einer infektiösen Hyperproteïnämie.

Glaus (30) hebt zunächst die Unstimmigkeit hervor, die sich in den Sedimentierungsbefunden bei Dementia praecox zwischen *Wuth* und *Plaut* einerseits und *Runge* andererseits gezeigt haben. Eigene Untersuchungen berücksichtigen mehr die Untergruppen der Schizophrenie. Katatone und organische Fälle zeigen eine verhältnismäßig große Senkungsgeschwindigkeit. An *Löwenbergs* Arbeit von 1923 übt Verf. Kritik und hält seine Schlüsse für zu weitgehend. Für die Dementia praecox-Gruppe und die funktionellen Psychosen ist der Ausschluß der körperlichen

Erkrankungen oft schwierig und wichtig. — *Löwenberg* (73) geht in seiner neuen Arbeit den Temperatureinflüssen auf die Senkungsgeschwindigkeit nach. Er untersucht gleichzeitig im Eisschrank, in Zimmertemperatur und im Brutschrank. Der Einfluß der Temperatur ist bei den einzelnen Krankheitsgruppen (Paralyse, Dementia praecox, Epilepsie) in einer für ziemlich jede typischen, verschiedenen Weise erkennbar, wenn auch Ausnahmen vorliegen. Bei besonders hochgradig verändertem Blut kommt der Einfluß der Temperatur auf die Senkungsgeschwindigkeit nicht mehr in Frage.

Georgi (29) prüft eingehend die Senkungsgeschwindigkeit und die Ausflockungsbereitschaft des Blutplasmas in Parallelversuchen. Es besteht weitgehend Parallelismus zwischen Ausflockungsbereitschaft und Senkungstendenz. Jedoch kommen auch heterogene Resultate vor. Verf. fand eine relative Stabilitätserhöhung des Blutplasmas bei vielen Schizophrenen und Epileptikern in gewissen Stadien. Die pathologische Stabilität (im Gegensatz zu Paralyse mit Labilität) scheint den frischen akuten schizophrenen Schüben eigen zu sein. Verf. hat zahlreiche verschiedene Methoden und Modifikationen für seine physikalisch-chemischen Plasmauntersuchungen angewandt.

Welch breiten Raum die serologische Forschung für die Psychiatrie bereits einnimmt, läßt die Bearbeitung *Kafkas* (53) für das Handbuch der Psychiatrie erkennen. Er gliedert den allgemeinen Teil seines mit ausführlichem Literaturverzeichnis versehenen Buches in die humoralen Veränderungen und die sich daraus ergebenden Fragestellungen. Im speziellen Teil werden die Ergebnisse in Beziehung gebracht zum Normalen und zu den einzelnen Psychosengruppen.

Adler und *Sinek* (1) wollen die grob sichtbare Fällung des Mastixkolloids für eine Serumreaktion verwenden. Ihre ausgedehnten experimentellen Versuche führten zum Gebrauch einer Mastix-Lezithinemulsion, die durch Luesserum gefällt, durch normales Serum aufgehellt wird. Weitgehende Übereinstimmung mit der Wa.-R.; daneben eine geringe Zahl Fehlversuche. Die Reaktion soll nur neben der Wa.-R. verwandt werden. Theoretisch ist von Interesse, daß für den Ausfall der Reaktion der Lipoidgehalt des zu untersuchenden Serums vollkommen gleichgültig ist.

b) Liquor.

Wechselmann (123) konstruierte nach dem Vorbilde von Dr. *Antoni* in Stockholm eine Lumbalpunktionsnadel, die aus einer Führungsnadel von 0,7 mm starkem Lumen und einer um 1 cm längeren dünneren Punktionsnadel besteht. Die Punktion bis an den Durasack geschieht mit der Führungsnadel, dann wird die Punktionsnadel mit einem Lumen von 0,4 mm vorgeschoben. Verf. hat auf diese Weise den Meningismus völlig vermeiden können. Eine Druckmessung ist bei dem dünnen Nadellumen allerdings nicht möglich. — *Strecker* (114) bespricht die Stellen, an denen Farbstoffe aus dem Liquor in das Blut übertreten können. Durch Verbesserung früherer Versuche von *Baruch* ergibt sich, daß der artefizielle Abflußweg nach Lumbalpunktion bei offenem Stichloch dem Farbstoff scheinbar ein Plus von Abflußmöglichkeiten gewährt. Fraktionierte Farbstoffuntersuchungen des

Liquors nach einer Farbinjektion geben Einblick in die physikalischen Verhältnisse. Noch nach 24 Stunden bestehen Farbunterschiede im Liquor. — *Pappenheim* (86) prüft den Liquordruck nach bei den verschiedenen Körperbewegungen, den Einfluß der Atmung und der Liquorentnahme auf den Druck. Besprechung der Ayalaschen Formel über den Residualquotienten nach einer Punktion. — *Becher* (5) zergliedert die Druckverhältnisse im Wirbelkanal in 5 verschiedenen Komponenten. Er bespricht den Einfluß des Venendruckes auf den Liquordruck und greift Schlußfolgerungen von *Propping* an. — Schon eine Blutserumbeimengung von $^1/_{180}$ zum Liquor läßt die Pandysche Probe positiv erscheinen, wie *Wüllenweber* (127) durch Versuch festgestellt hat. Die anderen Eiweißproben werden bei etwa der doppelten Serumbeimengung positiv. Verf. zeigt dann, daß am ehesten bei mit Blut verunreinigtem Liquor noch die Mastixreaktion ein diagnostisch verwertbares Ergebnis gibt. — *Kaltenbach* (56) berichtet über die Veränderungen der Liquorreaktionen im Verlauf der Paralyse. Neues bringt er über den Ausfall der Phase I und der Normomastixreaktion. Er glaubt sicht berechtigt, aus genauen Liquorbefunden prognostische Schlüsse ziehen zu können und zwar nicht nur nach einer Malariakur, sondern schon vor der Behandlung. — *Goersch* (34) bestätigt an seinem Material bekannte Ergebnisse. Er hebt ebenfalls die Goldsolreaktion als empfindlichste Reaktion besonders heraus, die, ohne spezifisch zu sein, sehr große Bedeutung hat im Rahmen der anderen Reaktionen. — *Goldscheider* und *Wittgenstein* (33) betonen erneut die Wichtigkeit der Liquorkontrolle bei Lues latens. Eine Punktion sei notwendig drei Monate nach der Kur, besonders wichtig 12 Monate nach der Kur und nach $2^1/_2$ Jahren. Warnung vor ambulanter Lumbalpunktion; sie hatten in 75—80% dieser Fälle Meningismus. — *Eskuchen* (21) übt Kritik an der Arbeit von *Flockenhaus* und *Fonseca* (23), die für eine weitgehende Einschränkung der Zahl der Liquoruntersuchungsmethoden eintreten. Er betont seine vielfach stark abweichenden Ergebnisse. Im Gegensatz zu *Lange* fand Verf. bei multipler Sklerose relativ häufig eine „paralytische" Goldsolkurve.

Über den Wert der Wa.-R. im Vergleich zu den kolloidalen Reaktionen des Liquors bestehen noch keine einheitlichen Anschauungen. *Blumenthal* und *Shirakawa* (11) können *Langes* alleinige Bevorzugung der Goldsolreaktion nicht bestätigen. Mastixlösung herzustellen sei nicht mühevoller. Die Wa.-R. mit besonders guten Leberextrakten erwies sich den anderen Reaktionen überlegen, nur bei Lues cerebri überwogen die positiven Ausschläge mit den kolloidalen Reaktionen. Diese zeigten viele Versager bei Tabes und Paralysefällen mit positiver Wa.-R. — Die von *Schwarz* und *Grünewald* (104) empfohlene Verwendung von kolloidaler Kieselsäure, „Siliquidreaktion", wird wegen ihrer Einfachheit an Stelle von Mastix und Goldsol sehr gerühmt. Es bestand fast völlige Übereinstimmung mit der Mastix-R. Die Kurven von Goldsol- und Mastixreaktion liefern nicht sichere diagnostische Resultate für Lues. Unspezifische Ausschläge kommen vor.

Thurzó und *Széky* (119) finden die Normomastixreaktion empfindlicher als die Goldsolreaktion und sehen darin keinen Nachteil. Positive Ausfälle geringeren Grades kommen bei Epilepsie, Arteriosklerose usw. öfters vor. — Auch

Blum (9) möchte in seinen vergleichenden Untersuchungen die Normomastixreaktion der Goldsol-R. eher vorziehen. — *Wüllenweber* (128) sowie *Gabbe* und *Wüllenweber* (28) haben sich auch theoretisch mit der Mastixreaktion befaßt und auf die Änderungen der Wasserstoffzahl (h) bei der gewöhnlichen Versuchsanordnung hingewiesen. Das kapillarelektrische Verhalten von Mastix, von Globulin und Albumin wird beleuchtet. Albumin und Globulin sensibilisieren durch Entladung die Mastixteilchen für die Salzflockung. Der Ausfall der Mastixreaktion geht dem Eiweißgehalt des Liquors nicht parallel. In klinischer Hinsicht ist bedeutsam, daß die Mastixreaktion bei Encephalitis epid. sehr oft die einzige positive Liquorreaktion ist. Die Kurventypen haben im übrigen wohl etwas Charakteristisches, aber nichts Spezifisches. Paralyse und Tabes sind mit Wahrscheinlichkeit, nicht mit Sicherheit voneinander zu unterscheiden. Da Mastix empfindlicher, aber nicht spezifisch wie die Wa.-R. ist, ist negative Mastixreaktion zuverlässiger als negative Wa.-R. — *Lenzberg* (68. 69) schlägt eine neue Modifikation der Mastixreaktion vor, um die Ungleichheiten zu beseitigen, die sich aus dem verschiedenen NaCl-Flockungstiter bei verschiedenen Mastixsolen ergeben. Er führt einen NaOH-Vorversuch ein. Nicht der Liquor wird mit Kochsalzlösung unter Alkalizusatz verdünnt, sondern die Mastixlösung wird wechselnd stark alkalisiert mit NaOH. Auf diese Weise will Verf. einheitliche Kurven mit verschiedenem Ausgangsmaterial (Mastixharz) erzielen. — *Golant-Ratner* (32) gibt als vorläufige Mitteilung die auffallende Tatsache bekannt, daß alle zwölf von ihm untersuchten Dementia-praecoxfälle positive Goldsolreakiton hatten. — Den bisherigen Kolloidreaktionen stellt *Thurzó* (118) eine neue zur Seite, deren Ergebnis im ganzen mit der Goldsol- und Normomastixreaktion übereinstimmt. Die Verwendung von zwei Farbstoffen soll das Ablesen erleichtern. Farbtöne der Lösung und Ausfällung sind verschieden gefärbt. — *Schmidt* und *Gebhardt* (102) treten für die Kollargolreaktion zur Liquordiagnostik ein, da sie weniger umständlich und billiger als die anderen Reaktionen sei und die Normomastixreaktion übertreffen und der Goldsolreaktion sehr nahe kommen soll. Schwierigkeiten bereitet noch die Beschaffung eines zuverlässigen Silberpräparates.

Heilig und *Hoff* (43) wiederholten Versuche von *Kafka* über Farbstoffübertritt in den Liquor an menstruierenden Frauen. Sie fanden am ersten Tage der Menstruation eine zehnfach höhere Farbstoffkonzentration im Liquor als im Intermenstruum. Sie war höher als die von *Kafka* gefundene gesteigerte Plexuspermeabilität bei Paralysen. Ein bemerkenswerter Befund als Korrelat zu den so häufigen Beeinflussungen der Psyche durch die Menstruation.

Bigoni (7a) untersuchte mittels *Plaut*scher Technik den Liquor von an sog. spontaner Enzephalitis erkrankten Kaninchen. In Übereinstimmung mit *Bonfiglio*, *Jahnel* und *Illert* fand er, daß diese Infektionskrankheit eine Zeitlang ohne manifeste klinische Symptome verlaufen kann, daß sie sich nicht von den sog. experimentalen Enzephalitiden der Autoren unterscheiden. Ein Tier muß oft untersucht werden, ebenso wie die zu einem Käfige gehörigen Tiere.

(*Bigoni*: *Révész*, Sibiu.)

Hans Schmidt (99) stellt im 6. Heft der bei Kabitzsch-Leipzig erscheinenden

Sammlung „Moderne Biologie" ein großes Untersuchungsmaterial aus der Antigen- und Antikörperforschung zusammen. Aus dem großen Ausbreitungsgebiet, welches die Immunbiologische Wissenschaft gewonnen hat, beschäftigt sich die Arbeit vorwiegend mit dem heterogenetischen Antigenen und Antikörpern. Heterogenetische Immunsera sind solche Hammelblut lösende Immunsera, die durch Organzellen fremder Tierarten gewonnen wurden. Die Eigenschaften des heterophilen Hammelblutantigens werden dargelegt. Eine Tabelle zeigt die Einteilung der Tiere in sog. Meerschweinchengruppe und Kaninchengruppe, welche biologisch in einem definierbaren Gegensatz zueinander stehen. Die Einteilung geht durchaus nicht parallel der auf anatomischer Grundlage beruhenden Einteilung in der Zoologie. Neben den Immunkörpern werden die entsprechenden heterogenetischen Präzipitine und Agglutinine besprochen. Bei der Frage der Giftigkeit der Antisera ist bedeutsam die Verschiedenheit der Reaktion je nach Einspritzung in die Vene oder in die Carotis; im übrigen ist sie noch sehr ungeklärt. Praktisch finden die heterogenetischen Antikörper Anwendung zum Nachweis von Pferdefleisch (nach *Sachs* u. *Georgi*). Schließlich wird die Lipoidantikörperfrage behandelt. Eine umfangreiche Literaturtabelle über dies modernste Gebiet der medizinischen Forschung beschließt die Arbeit.

---

3. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: H. Müller, Leipzig-Dösen.

1. *Adler, A.*, Praxis und Theorie der Individualpsychologie. 2. umg. u. erw. Aufl., München, I. F. Bergmann. 257 S. M. 10,50.
2. *Allers, R.*, u. *Teler, I.*, Über die Verwertung unbemerkter Eindrücke bei Assoziationen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4/5, S. 492. (S. 74*.)
3. *Alverdes, Fr.*, Über Reflexe, Instinkt- und Verstandestätigkeiten. Zoolog. Anz. Bd. 60, H. 11—12, S. 293.
4. *Bardorff, W.*, Untersuchungen über räumliche Angleichungserscheinungen. Zschr. f. Psychol. Bd. 95, H. 3—4, S. 181. (S. 73*.)
5. *Bartsch*, Methode der Intelligenzprüfung nach Sante de Sanctis. Hilfsschule H. 9, S. 138.
6. *Bäumer, G.*, u. *Droescher, L.*, Von der Kindesseele. 5. Aufl. Leipzig, Voigtländer. 513 S. M. 9,—. (S. 78*.)
7. *Beyer, A.*, Der Sieg des Denkens. Berlin, Deutsche Buch-Gemeinschaft. 318 S. (S. 84*.)
8. *Derselbe*, Die Technik des Denkens. Ebenda. 477 S. (S. 84*.)
9. *Binswanger, L.*, Welche Aufgaben ergeben sich für die Psychiatrie aus den Fortschritten der neueren Psychologie? Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 3/5, S. 402. (S. 80.*)

10. *Böhmig, W.*, Der schaffende Künstler und sein Werk. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 5, S. 709. (S. 81*.)
11. *Derselbe*, Massenpsychologisches aus katholischer Kirche und Sozialdemokratie. Ebenda Bd. 70, H. 1, S. 109. (S. 81*.)
12. *Derselbe*, Zur Psychologie der Beichte. Ebenda Bd. 70, H. 5, S. 655. (S. 81*.)
13. *Bölsche*, Tierseele u. Menschenseele. Stuttgart, Franckhsche Verl.h.. 76 S. M. 1,20. (S. 70*.)
14. *Brentano, F.*, Psychologie vom empirischen Standpunkt. Herausg. v. O. Kraus. Leipzig, F. Meiner. 278 S. M. 8,—. (S. 66*.)
15. *Brun, I.*, Untersuchungen über das psycho-galvanische Phänomen nach Vorzeigen von Bildern. Inaug.-Diss. Zürich 1923. (S. 77*.)
16. *Bühler, K.*, Bericht über den VIII. Kongreß für experimentelle Psychologie, 1923. Jena, G. Fischer. 216 S. M. 7,—.
17. *Derselbe*, Die geistige Entwicklung des Kindes. Ebenda. 484 S. M. 10,—.
18. *Bürger, H.*, Zur verstehenden Psychologie der unehelich Schwangeren. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 237. (S. 78*.)
19. *Bürklen, K.*, Blindenpsychologie. Leipzig, I. A. Barth. 334 S. M. 10,80.
20. *Calverton, V. F.*, The rise of objective psychology. Psychol. review Bd. 31, Nr. 5, S. 418.
21. *Compayré*, Die Entwicklung der Kindesseele. 2. Aufl. Altenburg, Bonde. 457 S. M. 8,—. (S. 78*.)
22. *Croner, E.*, Die Psyche der weiblichen Jugend. Langensalza, Beyer und Söhne. 61 S. M. 0,90. (S. 78*.)
23. *Dhers, V.*, Les tests de fatigue. Paris, I.-B. Ballière et Fils. 185 S.
24. *Dobson, R. R.*, An investigation of group intelligence tests. Brit. journ. of psychol. Bd. 15, Nr. 2, S. 162.
25. *Dolan, H. H.*, Developments in the field of mental testing. Public health reports Bd. 39, Nr. 40, S. 2505.
26. *Donalies, G.*, Kretschmers „Körperbau und Charakter" und die Eignungsprüfungen. Industr. Psychotechnik (J. Springer) Jg. 1, H. 7—8, S. 258. (S. 76*.)
27. *Doering, M.*, Pädagogisch-psychologische Arbeiten aus d. Institut d. Leipz. Lehrerv. Bd. 13. Leipzig, Dürr. 257 S. M. 4,80. (S. 82*.)
28. *Dumas, G.* et autres, Traité de psychologie. T. 2. Paris, Alcan. 60 frs.
29. *Graf v. Dürckheim, K.*, Erlebensformen. Ansatz zu einer analytischen Situationspsychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 46, H. 3—4, S. 262.
30. *Eliasberg, W.*, Intelligenz, Intelligenzprüfung und Sprache. Klin. Wschr. Nr. 44, S. 1985.
31. *Ellis, H.*, Moderne Gedanken über Liebe und Ehe. Übers. v. I. Kötscher. Leipzig, C. Kabitzsch. 119 S. M. 1,50. (S. 82.)
32. *Engelking*, Über den Stereowert und Zeitdifferenzwert verschiedenfarbiger Lichter und die relative Empfindungszeit der Stäbchen und Zapfen

bei den angeborenen Störungen des Farbensinnes. Klin. Mbl. f. Augenhk. Bd. 73, Juli—Aug. S. 1. (S. 72*.)

33. *Erismann, Th.*, Die Eigenart des Geistigen. Induktive und einsichtige Psychologie. Leipzig, Quelle & Meyer. 251 S. M. 9,—.

34. *Feyerabend, O.*, Der innere Farbensinn der Jugendlichen in seiner Beziehung zu der angenäherten Farbenkonstanz der Sehdinge. Zschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 5—6, S. 209 u. Bd. 95, 1—2, 85. (S. 73*.)

35. *Fischer, S.*, und *Hirschberg, H.*, Die Verbreitung der eidetischen Anlage im Jugendalter und ihre Beziehungen zu körperlichen Merkmalen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 241.

36. *Flatau, G.*, Willensfreiheit. Ztschr. f. Psychotherapie Bd. 8, H. 5—6, S. 257. (S. 67.*)

37. *v. Frey, M.*, Gibt es tiefe Druckempfindungen? Verhdl. d. Phys.-med. Ges. z. Würzburg, N. F., Bd. II, H. III. (S. 73*.)

38. *Giese, Fr.*, Das außerpersönliche Unbewußte. Braunschweig, Fr. Vieweg & Sohn. 105 S. M. 3,50. (S. 70*.)

39. *Derselbe*, Die Arbeitsprobe in der Psychognostik. Zschr. f. angew. Psychol. Bd. 23, H. 3—4, S. 162. (S. 76*.)

40. *Gra*, *O.*, Über die Wirkung mehrfacher Arbeitspausen bei geistiger Arbeit. Psychol. Arb. Bd. 8, H. 3, S. 265. (S. 75.*)

41. *Derselbe*, Über Ermüdungsmessung durch Stichproben. Ebenda Bd. 8, H. 1, S. 1. (S. 75*.)

42. *Groos, K.*, Über wissenschaftliche Einfälle. Zschr. f. Psychol. Bd. 95, H. 1—2, S. 1. (S. 70*.)

43. *Gutmann, W.*, Wanderungen im Gebiete der Seelenmechanik. Wien u. Leipzig, Bukum A.-G. 85 S. M. 2,40. (S. 67*.)

44. *Häberlin, P.*, Der Geist und die Triebe. Eine Elementarpsychologie. Basel, C. F. Kober. 506 S. M. 16,—. (S. 65*.)

45. *Hansen, Kl.*, Untersuchungen über den Einfluß des Alkohols auf die Sinnestätigkeit bei bestimmten Alkoholkonzentrationen im Organismus. Heidelberg, K. Winter. 114 S. M. 3,50.

46. *Hecht, H.*, Die simultane Erfassung der Figuren. (Neue Unters. d. Zöllnerschen anorthoskop. Zerrbilder. F. Schumann I.) Zschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 3—4, S. 153. (S. 73*.)

47. *Hellpach*, Psychologie der Umwelt. Teil C I, H. 3 der Abt. VI von Abderhalden, Handb. d. biol. Arbeitsmeth. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. S. 109—218. M. 3,90.

48. *Hennig, R.*, Weitere Beobachtungen über einen Fall von abnormem Datengedächtnis. Ztschr. f. Psychol. Bd. 96, H. 3—4, S. 197. (S. 70*.)

49. *Henning, H.*, Ausgeprägte Anschauungsbilder der beiden Arten von Geschmackssinn. Ztschr. f. Psychol. Bd. 95, H. 3—4, S. 137. (S. 73*.)

50. *Derselbe*, Das Urbild. Ebenda Bd. 94, H. 5—6, S. 273. (S. 73*.)

51. *Derselbe*, Die neuentdeckte Erlebnisklasse der Eidetik, die Urbilder und der Konstitutionstypus. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1—4, S. 180.

52. *Heymans, G.*, Die Psychologie der Frauen. 2. verbess. Aufl. Heidelberg, C. Winter. 302 S. M. 4,—. (S. 77*.)
53. *Hoffmann, A.*, Wilhelm Wundt. Eine Würdigung. 2. Aufl. Erfurt, K. Stenger. 2. Bd.,101 + 81 S. M. 6,75. (S. 66*.)
54. *Hoffmann, P.*, Zentralnervensystem. 1. Die Untersuchung der Reflexzeit. 2. Methoden zur Bestimmung der Reaktionszeit. (Handb. d. biol. Arb.meth.). Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. 63 S. M. 1.,80. (S. 77*.)
55. *Honecker, M.*, Komik und Einstellung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 47, H. 1—2, S. 94.
56. *Derselbe*, Zur Psychologie und Pathologie der sittlichen Wertung. Ztschr. f. pädagog. Psychol. H. 3—4, S. 65.
57. *Jaensch, E. R.*, Über das Verhältnis von experimenteller und strukturpsychologischer Forschungsmethode in der Jugendpsychologie. Ber. üb. d. VIII. Kongr. f. Psychol. S. 194. Ber.: Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 41, H. 14—15, S. 793.
58. *Derselbe*, Über Gegenwartsaufgaben der Jugendpsychologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 1—2, S. 38. (S. 73*.)
59. *Ilzhöfer, H.*, Über den Einfluß der geistigen Arbeit auf den Energieverbrauch. Arch. f. Hyg. Bd. 94, H. 7—8, S. 317. (S. 75*.)
60. *Jodl, Fr.*, Lehrbuch der Psychologie. 2. Bd., 5. u. 6. Aufl. Stuttgart u. Berlin, J. G. Cotta Nachf. 394 + 498 S. M. 20,—. (S. 64*.)
61. *de Jong, H.*, Palaeo- und Neo-Intellekt. (Holl.) Psychiatr. en neurol. bladen Nr. 1—2, S. 46.
62. *Isserlin, M.*, Psychologisch-phonetische Untersuchungen. II. Mitt. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2—3, S. 437. (S. 76*.)
63. *Juhász*, A., Zur Analyse des musikalischen Wiedererkennens. Ztschr. f. Psychol. Bd. 95, H. 3—4, S. 142. (S. 74*.)
64. *Kafka, G.*, Zum Begriff des „Psychischen" und seiner Entwicklungsgeschichte. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 48, S. 193.
65. *Keller, H. H.*, Über den Bekanntheits- und Fremdheitseindruck. Ztschr. f. Psychol. Bd. 96, H. 1—2, S. 1. (S. 75*.)
66. *Kingsburg, F. A.*, A group intelligence scale for primary grades. Psychol. monogr. Bd. 33, Nr. 6, S. 1.
67. *Klopfer, B.*, Das Problem der seelischen Hemmungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 47, H. 1—2, S. 45.
68. *Koch*, Das Als-Ob im ärztlichen Denken. Leipzig, Rösl & Co. 101 S. M. 1,50. (S. 83*.)
69. *Kraepelin*, Über Schlaftiefenmessung. D. Forsch.anst. f. Psych. Ber.: Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 36, H. 5, S. 326.
70. *Kreidl, A.*, und *Herz, Fr.*, Der Schlaf des Menschen bei Fernbleiben von Gesichts- und Gehörseindrücken. Pflügers Arch. Bd. 203, H. 5—6, S. 459.

71. *Krestnikoff, N.*, Zur Lehre von den Grundprinzipien der geistigen Vorgänge. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 49, H. 3—4, S. 185.
72. *v. Kries, I.*, Goethe als Psycholog. Tübingen, Mohr (Siebeck). 52 S. M. 1,20. (S. 81*.)
73. *Kroh, O.*, Die eidetische Anlage bei Jugendlichen. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 2, S. 63.
74. *Kronfeld, A.*, Der Verstandesmensch. Jahrb. d. Charakterol. Bd. 1, S. 229. (S. 71*.)
75. *Derselbe*, Zur Phänomenologie des Triebhaften. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 379. (S. 71*.)
76. *Derselbe*, Zur Phänomenologie und theoretischen Psychologie der individuellen Kultur. Mtschr. f. Psych. Bd. 54. (S. 71*.)
77. *Krueger, F.*, Der Strukturbegriff in der Psychologie. Jena, G. Fischer. 26 S. M. 1,20. (S. 68*.)
78. *Krüger, H.*, Über die Unterschiedsempfindlichkeit für Beleuchtungseindrücke. Ztschr. f. Psychol. Bd. 96, H. 1—2, S. 58. (S. 72*.)
79. *Kupky, O.*, Tagebücher von Jugendlichen als Quellen zur Psychologie der Reifezeit. Päd.-psychol. Arb. a. d. Inst. d. Leipziger Lehrerver. Leipzig, Dürr. (S. 82*.)
80. *Langelüddeke, A.*, Untersuchungen über die Vorgänge beim Erlernen des Maschineschreibens unter normalen und krankhaften Bedingungen. Psychol. Arb. Bd. 8, H. 3, S. 304. (S. 76*.)
81. *Lau, E.*, Beiträge zur Psychologie der Jugend in der Pubertätszeit. 2. Aufl. Langensalza, J. Beltz. 80 S. M. 1,50.
82. *Liertz, Rh.*, Wanderungen durch das gesunde und kranke Seelenleben bei Kindern und Erwachsenen. 3. Aufl. München, Kösel & Pustet. 168 S.
83. *Lindworsky, I.*, Zur Theorie des binokularen Einfachsehens und verwandter Erscheinungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 3—4, S. 134. (S. 69*.)
84. *Linzbach*, Psychiatrie und Philosophie. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3—4, S. 631. (S. 68*.)
85. *Lipmann, O.*, Über Begriff und Formen der Intelligenz. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 24, H. 3—4, S. 177.
86. *Derselbe*, Psychische Geschlechtsunterschiede. Ebenda Teil I, Beiheft 14a, Teil II, Beiheft 14 b.
87. *Löwy, M.*, Zur Frage der Objektgestaltung und Wahrnehmung. Med. Klin. Nr. 28, S. 975. (S. 67*.)
88. *Derselbe*, Zuwendungsbetrag und Lustbetrag der Motilität. Psychologische Erwägungen zur Trieblehre. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 200. (S. 67*.)
89. *Lüdeke, D.*, Experimentelle Untersuchungen über das unmittelbare Behalten mit besonderer Berücksichtigung der Prozesse der Aufmerksamkeit und des Wiedererkennens. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 48, H. 3—4, S. 213. (S. 74*.)

90. *Machaček, J.*, Psychologische Studie über Erfindungsversuche von 11- bis 14 jährigen Knaben. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 4, S. 292. (S. 79*.)
91. *Mann, O.*, Die Intelligenz und ihre Wertung. Eine psychologisch-pädagogische Studie. Ztschr. f. pädag. Psychol. H. 12, S. 471.
92. *Matthaei, R.*, Die Erregung des Neurons als physiologische Grundlage psychischer Vorgänge. Ztschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 3—4, S. 113. (S. 67*.)
93. *Meuer, H.*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Wortgedächtnis nach der Methode der Polyeidoskopie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 47, H. 1—2, S. 14.
94. *Meyer, H.*, Die Vernachlässigung der Seelenpflege in der Gegenwart, unter besonderer Berücksichtigung der modernen Psychoanalyse, Rassen- und Sozialhygiene, und ihre Gefahren für Volksgesundheit und Erziehung. Breslau, F. Goerlich. 104 S. M. 1,50. (S. 83*.)
95. *Moses, I.*, Vom Seelenbinnenleben der Kinder. 2. umg. Aufl. Fr. Manns pädagog. Magaz. H. 105. Langensalza, Herm. Beyer & Söhne. 24 S. M. 0,60. (S. 79*.)
96. *Müller, G. E.*, Abriß der Psychologie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht. 124 S., M. 3,60. (S. 64*.)
97. *Müller-Freienfels, R.*, Grundzüge einer Lebenspsychologie. Bd. I. Das Gefühls- und Willensleben. Leipzig, I. A. Barth. 404 S. M. 10,50. (S. 64*.)
98. *Müller-Lyer, F.*, Die Zähmung der Nornen. II, Soziologie der Erziehung. München, A. Langen. 445 S. M. 7,50. (S. 81*.)
99. *Muszyński, Fr.*, Unsere Leidenschaften. Der Mensch mit seinen innerlichen Kämpfen, Siegen und Niederlagen. Paderborn, Schöningh. 295 S. M. 4,—. (S. 85*.)
100. *Pauli, R.*, Der Umfang und die Enge des Bewußtseins. Ztschr. f. Biol. Bd. 81, H. 3—4, S. 93. (S. 74*.)
101. *Derselbe*, Die psychische Wirkung des Tees (Lebensmittelchemisches und Technologisches vom Tee). Ztschr. f. angew. Chemie Nr. 24, S. 362. (S. 74*.)
102. *Derselbe*, Ein verbesserter Gedächtnisapparat. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 49, H. 1—2, S. 89. (S. 74*.)
103. *Peiper, A.*, Sinnesempfindungen des Kindes vor seiner Geburt. Mtschr. f. Kinderhk. Bd. 29, H. 3, S. 236. (S. 79*.)
104. *Petermann, B.*, Bechterews Theorie der Konzentrierung. Eine kritische Studie als Beitrag zur Analyse des Aufmerksamkeitsproblems. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 48, H. 1—2, S. 82. (S. 69*.)
105. *Plaut*, Der psychologische Raum. Stuttgart, Püttmann. 33 S. M. 1,50. (S. 72*.)
106. *Prandtl, A.*, Die Koordination der Gehirn- und der Bewußtseinsvorgänge. Ztschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 1—2, S. 54. (S. 66*.)

107. *Derselbe*, Die Rolle von Perseverationen und Bewußtseinslagen bei Willenshandlungen. Ebenda Bd. 96, H. 1—2, S. 76. (S. 75*.)
108. *Derselbe*, Versuche über die Perseveration von Vorstellungen. Ebenda Bd. 95, H. 5—6, S. 249. (S. 75*.)
109. *Preyer*, *W.*, Die Seele des Kindes. 9. Aufl., Leipzig, Th. Grieben, 1923, 408 S. 16,—.M. (S. 78*).
110. *Roffenstein*, *G.*, Zur Psychologie und Psychopathologie der Gegenwartsgeschichte. (Arb. z. angew. Psychiat.) Leipzig, E. Bircher. 32 S.
111. *Raspe*, *C.*, Kindliche Selbstbeobachtung und Theoriebildung. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 23, S. 302.
112. *Rittershaus*, *E.*, Zur Schätzung des Intelligenzalters. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2—3, S. 387. (S. 76*.)
113. *v. Rohden*, *F.*, Über Wesen und Untersuchung der praktischen Intelligenz. Arch. f. Psychiatr. Bd. 70, H. 3, S. 317. (S. 76*.)
114. *Rosenstock*, *E.*, Angewandte Seelenkunde. Darmstadt, Roether-Verlag. 78 S. M. 2,60. (S. 68*.)
115. *Rossolimo*, *G. I.*, Psychotechnik, „Psychologisches Profil" und Konstitution. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2—3, S. 407. (S. 76*.)
116. *Rümke*, Zur Phänomenologie und Klinik des Glücksgefühls. Berlin, J. Springer. 98 S. M. 6,—. (S. 71*.)
117. *Rust*, *H.*, Das Zungenreden. Eine Studie zur krit. Religionspsychol. München, I. F. Bergmann. 74 S. M. 3,60. (S. 80*.)
118. *Ruttmann*, *W. I.*, Gedächtnisschwäche und Vergeßlichkeit. Nürnberg, Burgverlag. 182 S. M. 3,—. (S. 84*.)
119. *Schilder*, *P.*, Der Ichkreis. (Ein phänomenologischer Versuch.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 644.
120. *Derselbe*, Medizinische Psychologie. Berlin, J. Springer. 355 S. M. 12,—. (S. 79*.)
121. *Schjelderup-Ebbe*, *Th.*, Zur Sozialpsychologie der Vögel. Ztschr. f. Psychol. Bd. 95, H. 1—2, S. 36. (S. 72*.)
122. *Schriever*, *H.*, Untersuchungen über den Einfluß der Wiederholung und Übung auf Testleistungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 49, H. 3—4, S. 283.
123. *Schulte*, *R. W.*, Erziehung und Bildung im Sturm und Drang der Entwicklungsjahre. Langensalza, Beyer & Söhne. 23 S. M. 0,35. (S. 82*.)
124. *Schüssler*, *H.*, Die Entwicklung des verallgemeinernden Denkens bei Kindern und Jugendlichen. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 23, H. 3—4, S. 204.
125. *Schwab*, *G.*, Prüfung des psychischen Zustandes und Entwicklungsganges von Kindern bis zum 3. Lebensjahr. Jahrb. f. Kinderhk. Bd. 107, H. 1—2, S. 86. (S. 79*.)
126. *Derselbe*, Vorläufige Mitteilung über Untersuchungen zum Wesen der

subjektiven Anschauungsbilder. Psychol. Forsch. Bd. 5, H. 3—4, S. 321. (S. 73*.)
127. *Schweizer, W.*, Erklären und Verstehen in der Psychologie. Bern, P. Haupt. 71 S. M. 2,40. (S. 67*.)
128. *Seletzky, W. W.*, Der Zerfall der Empfindungen und Vorstellungen. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 144.
129. *Selz, O.*, Die Gesetze der produktiven und reproduktiven Geistestätigkeit. Bonn, F. Cohen. 31 S. M. 1,—. (S. 69*.)
130. *Derselbe*, Über die Persönlichkeitstypen und die Methoden ihrer Bestimmung. Jena, G. Fischer. 44 S. M. 1,80. (S. 71*.)
131. *v. Siebold, E. C. I.*, Briefe über die Psychologie des Weibes. Heidelberg, R. Weißbach. 29 S. M. 3,50. (S. 77*.)
132. *de Silva, H. R.*, Übersicht über amerikanische Testmethoden. Ztschr. f. pädag. Psychol. H. 12, S. 461.
133. *Simonic, A.*, Die Gruppenauffassung als Intelligenzfaktor. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3—4, S. 252. (S. 74*.)
134. *Sommer, R.*, Über Persönlichkeitstypen. Ber. üb. d. VIII. Kongr. f. Psychol. S. 27, Ber.: Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40, H. 13—14, S. 752.
135. *Spranger, E.*, Psychologie des Jugendalters. Leipzig, Quelle & Meyer. 356 S. M. 9,—.
136. *Stählin, O.*, Zwang und Freiheit in der Erziehung. München, O. Gmelin. 61 S. M. 1,50. (S. 82*.)
137. *Stern, W.*, Das „Ernstspiel" der Jugendzeit. Ztschr. f. pädagog. Psychol. H. 25, S. 241. (S. 79*.)
138. *Stern, W.*, u. *Weinert, L.*, Die Konstanz des Intelligenz-Quotienten und die Messung der geistigen Entwicklung. Ztschr. f. angew. Psychol. (I. A. Barth). Beih. 34, S. 146. (S. 75*.)
139. *Sterzinger, O.*, Zur Prüfung und Untersuchung der abstrakten Aufmerksamkeit. Ztschr. f. angew. Psychol. (I. A. Barth). Bd. 23, H. 3—4, S. 121. (S. 74*.)
140. *Storch, A.*, Erlebnisanalyse und Sprachwissenschaft. Ein psychopathologischer Beitrag zu dem gleichnamigen Aufsatz von E. R. Jaensch. Ztschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 3—4, S. 146. (S. 69*.)
141. *Stroß, W.*, Psychophysische Versuche mit Kampfer. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 104, H. 5—6, S. 323. (S. 74*.)
142. *Stumpf, C.*, Singen und Sprechen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 1—2, S. 1. (S. 70*.)
143. *Terman, L. M.*, The mental test as a psychological method. Psychol. review Bd. 31, Nr. 2, S. 93.
144. *Thomas, M.*, u. *Schlotte, F.*, Der Bilderbogentest. Pädagog.-psychol. Arb. a. d. Inst. d. Leipz. Lehrerver., Leipzig, Dürr. (S. 82*.)
145. *Thorndike, E. L.*, Measurement of intelligence. I. The present status. Psychol. review Bd. 31, Nr. 3, S. 219.

146. *Timm, C.*, Die Bedeutung des Unbewußten für die moderne Psychologie. Fortschr. d. Med. Nr. 18—19, S. XVI.
147. *Vogelsang, K.*, Die Veränderungen des zeitlichen Verlaufes der fovealen Gesichtsempfindung durch die Dunkeladaptation bei Prüfung mit farbigen Lichtern. Pflüg. Arch. Bd. 206, H. 1, S. 29. (S. 72*.)
148. *Vorwahl*, Psychologisches zur Anthroposophie. D. med. Wschr. Nr. 20, S. 653. (S. 83*.)
149. *Ward, S. B.*, The crowd and the herd. Mind, Nr. 33, S. 275.
150. *Watson, J. B.*, The unverbalized in human behavior. Psychol. review Bd. 31, Nr. 4, S. 273.
151. *Weinhandl, F.*, Wege der Lebensgestaltung. Gotha-Stuttgart. F. A. Perthes. 61 S. M. 1,—. (S. 85*.)
152. *Weiß, A. P.*, Behaviorism and behavior, I. Psychol. review Bd. 31, Nr. 1, S. 32 u. Nr. 2, 118.
153. *Werner, H.*, Studien über Strukturgesetze. I. Über Strukturgesetze und deren Auswirkung in den sogenannten geometrisch-optischen Täuschungen. II. Über das Problem der motorischen Gestaltung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 94, H. 5—6, S. 248 u. 265. (S. 69*.)
154. *Werner, H.*, u. *Lagercrantz, E.*, Experimentell-psychologische Studien über die Struktur des Wortes. (Stud. ü. Strukt. III). Ztschr. f. Psychol. Bd. 95, H. 5—6, S. 316. (S. 69*.)
155. *Wilson, I. H.*, Comparison of certain intelligence scales. Brit. journ. of psychol. a. gen. sect. Bd. 15, Nr. 1, S. 44.
156. *Wolfer, L.*, Über die Schwankungen der psychischen Leistungsfähigkeit bei Schulkindern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 41. (S. 75*.)
157. *Woolbert, C. H.*, A behavioristic account of intellect and emotions. Psychol. review Bd. 31, Nr. 4, S. 265.
158. *Woodworth, R. S.*, Four varieties of behaviorism. Psychol. review Bd. 31, Nr. 4, S. 257.
159. *Worthmann*, Naturgeschichte der Seele. Schweidnitz, Heege. 58 S. M. 3,—. (S. 84*.)
160. *Zeman, H.*, Verbreitung und Grad der eidetischen Anlage (auf Wiener Boden). Ztschr. f. Psychol. Bd. 96, H. 3—4, S. 208. (S. 73*.)
161. *Ziehen, Th.*, Die Psychologie in der gegenwärtigen Medizin. La Medicina Germano-Hispano-Americana Nr. 6.
162. *Derselbe*, Leitfaden der physiologischen Psychologie in 16 Vorlesungen. 12. umg. Aufl. Jena, G. Fischer. 653 S. M. 18,—.
163. *Derselbe*, Über den gegenwärtigen Stand der Psychologie in der Medizin. D. med. Wschr. Nr. 24, S. 787. (S. 80.*)
164. *Zillig, M.*, Über Qualität und Tempo bei fortlaufender Arbeit. Ztschr. f. Psychol. Bd. 95. H, 5—6, S. 274. (S. 75*.)

Gesamtdarstellungen.

Wie sehr heutzutage in der Psychologie grundverschiedene Anschauungen durcheinanderwogen, erkennt man deutlich an den Gesamtdarstellungen und Lehrbüchern. Sie unterscheiden sich an Form und Inhalt so sehr, daß man oft denken könnte, ganz verschiedene Wissensgebiete vor sich zu haben. In *G. E. Müllers* „Abriß der Psychologie" (96) kommt natürlich vor allem das Experimentelle und Physiologische zu seinem Recht. Zwar fehlen Ausblicke in die Tiefen des Seelenlebens nicht, aber es fällt doch auf, wie kurz noch das eigentliche Willensleben, die Gefühle und die Persönlichkeit abgehandelt werden. Das Buch ist aus einer Vorlesungsreihe entstanden es will den „Charakter knapper Sachlichkeit" tragen und absichtlich in der Ausführlichkeit nicht gleichmäßig sein. Verf. läßt das Seelenproblem beiseite und sieht in der Psychologie lediglich die Wissenschaft von den Bewußtseinserscheinungen, die dreierlei darzulegen hat: 1. die Erscheinungen selbst, 2. ihre Verlaufsgesetze und 3. deren tiefere Gründe. Von den Empfindungen ausgehend führt sein Weg über die intellektuellen Funktionen, Bewegungen und Gefühle zum Ichbewußtsein. Psychiatrisches wird nur flüchtig gestreift, so bei den Sinnestäuschungen, den Agnosien und der Hirnzentrenlehre. Das Buch ist vorzüglich geschrieben und übersichtlich, es erfüllt seine Aufgabe aufs beste. — Das ausführliche zweibändige Lehrbuch von *Jodl* (60) erscheint seit *Jodls* Tode (1914) zum ersten Mal in neuer Bearbeitung, in welche sich 7 Psychologen geteilt haben. Sie hatten die schwierige Aufgabe, den neuesten Stand der Forschung zu berücksichtigen und die teilweise sehr abstrakte Darstellung durch Beispiele lebendiger zu gestalten, dabei aber doch die Eigenart von *Jodls* Werk zu wahren. Das Buch ist hauptsächlich für Unterrichtszwecke bestimmt; die verschiedenen Anschauungen der Forscher, ältere und neuere Richtungen, werden sachlich besprochen, doch kommt auch die eigene Ansicht zu Worte. Beachtenswert ist, daß mehr als gewöhnlich die französische und englische Forschung Berücksichtigung finden. Sehr reich sind die Literaturangaben, sowohl im Text wie am Schlusse. Der — kürzere — allgemeine Teil behandelt Methode, Leib-Seele-Problem und Bewußtsein. Bei den Methoden wird die Bedeutung der Selbstbeobachtung betont, welche auch beim Experiment nicht zu entbehren sei. Das Leib-Seele-Problem wird weniger historisch als kritisch unter Ablehnung der Wechselwirkung zugunsten des Monismus behandelt. Der spezielle Teil erfährt seine Gliederung durch *Jodls* Einteilung des Seelischen in 3 Stufen, eine primäre (gegenwärtige Erlebnisse), sekundäre (Erinnerungen) und tertiäre (Verarbeitung zu neuen Gebilden). Das Werk *Jodls* ist ein vorzüglicher Führer durch das ganze Gebiet der Psychologie. Es ist flüssig geschrieben und reich an Gedanken. — Von großen Gesichtspunkten geleitet ist die „Lebenspsychologie" von *Müller-Freienfels* (97). Er nennt sie so, weil er sich, auf Selbst- und Fremdbeobachtung fußend, in einen gewissen, aber „nicht feindlichen" Gegensatz zur Experimentalpsychologie stellt, sodann, weil er sich mit dem „Leben", dem „Ich", als Ganzem befaßt, worin das Bewußte nur ein Teilstück vorstellt, das stets im Zusammenhang mit „nichtbewußten Tatsachen" steht, und schließlich, weil er der mechanistichen Anschauung entgegentreten will. Der vorliegende erste Band behandelt das Gefühls- und Willensleben, die „stellung-

nehmende Gerichtetheit" des Ich (im Gegensatz zur „gegenständlichen", dem Inhalt des beabsichtigten 2. Bandes: „Das Denken und die Phantasie"). Die Mitwirkung der Ganzheit des Ich, auch bei den elementaren Prozessen, wird stark betont. Die Grundlage des Gefühls- und Willenslebens sieht Verf. im Trieb. Er verfolgt die verschiedenen Arten des Triebes, die Haltung des Subjekts, die Bedeutung des Objekts, die Begleiterscheinungen der Lust und Unlust, den Verlauf der Gefühlsvorgänge, die Willenshandlung und das Werterlebnis. Ein zweiter Abschnitt, für den Psychiater besonders interessant, bespricht die „Komplikationen" dieser Erscheinungen, die Spielarten, die — noch ins Normale fallenden — Abweichungen. Dabei wird auch Pathologisches gestreift, so die Triebverdrängung, die Spaltung der Persönlichkeit, die Perseveration u. a. Der dritte Abschnitt bringt als wertvolle Quintessenz die Grundzüge einer Charakterlehre, dazu noch einige spezielle Kapitel. Das Buch liest sich vorzüglich, ohne im geringsten in Flachheit zu verfallen. Eine Fülle guter Beobachtungen und scharfer Gedanken beleben die anregende Darstellung. — In *Häberlins* Werk (44) spürt man auf Schritt und Tritt den Philosophen, bei dem die theoretische Klärung der Begriffe im Vordergrund steht. *H.* geht seine eigenen Wege. In phantasiebeflügeltem Denken faßt er den Menschen, d. h. sein Seelisches, als Teil (Organ) des seelisch gedachten Universums. Auch beim einzelnen Menschen ist sein Blick immer auf das Ganze gerichtet. Das Handeln stellt er in den Mittelpunkt, die anderen seelischen Vorgänge sind ihm nur Teilerscheinungen der einzelnen Phasen des Handelns, so das Gefühl, das Wissen, die Wahrnehmung, die Wertung. Sorgfältig und kritisch erörtert er das Bewußte und Unbewußte; er sagt: „Jede Spaltung des Menschen oder seines Lebens in ein Bewußtsein und ein Unbewußtes ist Mythologie". Der 1. Teil des Buches hatte so die „Formen des Lebens" behandelt, der 2. Teil wendet sich dem Inhalt zu und bespricht in 3 Kapiteln „das Lebensinteresse und die Individuation", „die menschlichen Triebe" und den „menschlichen Geist". Hier baut *H.* auf metaphysischen Stützen ein gewaltiges Fundament für eine Lehre von den Mächten, welche das Handeln des Menschen antreiben. Das erste Kapitel bewegt sich im Anfang noch fern von aller Erfahrung ganz im Reich des „Universums". Hierher leitet er die zwei Triebrichtungen, den Beharrungstrieb (Selbstbehauptung, Sorge um die Gesundheit, Egoismus, Klugheit) und den Veränderungstrieb (Abwechslungstrieb, Aktionstendenz, Phantasie; dazu gehört der Liebestrieb im weitesten Sinne des Wortes), hierher auch den regulierenden Faktor, den er als „Geist" bezeichnet, d. h. den Drang nach Freiheit von einseitiger Triebherrschaft, welcher die beiden Teile ausgleichen, die Exzentrizität eines jeden von ihnen eindämmen will und dem Ideal zustrebt, subjektiv erlebt als „Gewissen". Diesen treibenden Mächten verdankt das Werk seinen Titel, weil „das Interesse, der Inhalt des Lebens es ist, woraus auch die Lebensformen sich erst erklären". Der Untertitel, „eine Elementarpsychologie", muß befremden, wenn man nicht beachtet, daß *H.* unter Elementen nicht „kleinste Bestandteile", sondern „die funktionellen Ur-Eigentümlichkeiten gerade des Ganzen, die großen Züge des menschlichen Lebens" versteht. *Häberlins* Darstellung ist schwer zugänglich und stellt an den Leser hohe Anforderungen. Es kann kein Zweifel sein, daß wir in seinem Buch ein Werk

von höchstem Wert und reichstem Gehalt vor uns haben. — In eine wichtige Entwicklungszeit der Psychologie führt uns *Brentanos* „Psychologie vom empirischen Standpunkt" (14) zurück. Es ist der 1. Teil des 1874 erschienenen Werkes, den hier *Kraus* mit ausführlichen einleitenden und dem Text beigefügten Anmerkungen neu herausgibt. Während der 2. Teil, den *Brentano* selbst 1911 frisch bearbeitet hat, die psychischen Phänomene im einzelnen behandelt, hat der 1. Teil allgemeine Fragen zum Gegenstand, vor allem auch die Grundlagen der psychologischen Begriffe. Er beginnt mit Begriff und Aufgabe der Psychologie, ihrer Methode und ihrer Gesetze, wendet sich dann zu den „psychischen Phänomenen im allgemeinen" und bespricht hier den Unterschied der psychischen und physischen Phänomene, das Bewußtsein und das Unbewußte, die Art der psychischen Akte und die Frage der Einheit des Bewußtseins. Ein Verzeichnis der von *Brentano* veröffentlichten Schriften ist beigefügt. Das Buch ist nicht nur historisch bedeutungsvoll — der Herausgeber weist darauf hin, daß *Brentanos* Schriften zunehmend die Beachtung auf sich ziehen —, sondern bietet auch heute noch dem Leser Anregung und Genuß. Es ist freilich nur für den geeignet, der die Mühe nicht scheut, tiefer in die Fragen der psychologischen Grundbegriffe einzudringen, ist aber leichtverständlich geschrieben und erfreut durch seine schöne Sprache. —

Im Anschluß an die Lehrbücher möge die von *Hoffmann* (53) herausgegebene Abhandlung, die einen Einblick in *Wundts* geistige Werkstatt gewähren will, ihren Platz finden. Der erste Teil enthält Arbeiten aus dem Leipziger Forschungsinstitut für Psychologie von *Krueger*, *Sander*, *Kirschmann*, *Volkelt* und *Klemm*, im zweiten Teil hören wir *Petersen*, *Nel*, *Lipsius*, *Kiesow* und *Schmied-Kowarzik*. Nur einige Beiträge sind rein philosophischer Natur, den breitesten Raum beansprucht das psychologische Wirken *Wundts*. Eine Abbildung von *Pfeifers* *Wundt*-Büste ziert den Eingang. Es ist ein Genuß, sich mit den Verfassern in dieses reiche, weit ausgespannte und so klar dem richtigen Weg zugewandte Forscherleben zu versenken. Den Reigen eröffnet sein Nachfolger *Felix Krueger* mit seiner Skizze „*Wilh. Wundt* als deutscher Denker", die liebevoll seiner ganzen Art des Denkens und Forschens nachgeht. *Klemm* schildert, wie *Wundt* das Leipziger Institut ins Leben gerufen und entwickelt hat. Andere Aufsätze behandeln sein Prinzip der schöpferischen Synthese, mit dem er moderne Gedanken vorahnt, die Völkerpsychologie, die Aktualitätslehre, die Bedeutung der psychischen Elemente in seiner Lehre u. a. Es kann jedem Freund der Psychologie empfohlen werden, sich durch diese Schilderungen in *Wundts* Wirken einführen zu lassen.

Theorie des Seelischen.

Das Leib-Seele-Problem behandelt *Prandtl* (106). Er weist im Anschluß an *Mach* und *Avenarius* sowohl den psychophysischen Parallelismus wie die Wechselwirkungstheorie zurück und setzt an deren Stelle eine „bloße Koordination des Psychischen und Physischen". Den Streit darüber, ob Seelisches und Körperliches aufeinanderwirken, hält er für grundsätzlich verkehrt; von „Wirken" könne man dabei überhaupt nicht sprechen. Nach seiner Ansicht gibt es in der Natur lediglich ein gesetzmäßiges Nacheinander; daher besteht für ihn kein Hindernis, Zusammen-

hänge zwischen physischen und psychischen Vorgängen anzunehmen. — Der Titel von *Gutmanns* „Seelenmechanik" (43) deutet schon an, daß uns das seelische Getriebe erklärt werden soll. Das Buch enthält 3 für weitere Kreise bestimmte Vorträge, inhaltreich und anregend, aber stellenweise eigenartig und anfechtbar, dabei für Laien gewiß keine leichte Lektüre. *G.* geht von der Voraussetzung aus, daß die seelischen Vorgänge Begleiterscheinungen physischer Prozesse seien. Im 1. Vortrag behandelt er im Anschluß an *Semons* Lehre die Engramme und ihre Verarbeitung. Ins pathologische Seelenleben führen Erläuterungen über die Verdrängung, welche an die Theorien von *Freud* und *Neutra* anknüpfen. Der 2. Vortrag behandelt Lust und Unlust als Ergebnis des Verhältnisses der Abreaktionsmöglichkeit zur Erregungsspannung. Das Thema des 3. Vortrags ist: Fühlen und Denken. Das Fühlen soll der genetisch ältere Vorgang sein, der „das Schwanken der relativen Lebensbedeutung der einzelnen Lebensvorgänge registriert", während das Denken — sorgfältig vom Wissen zu trennen — sich erst allmählich durch Wahrnehmung von Unterschieden und durch das Bedürfnis nach Kombination bildet. Eine Erweiterung der *Semon*schen Mnemelehre ist als Anhang angefügt. — Nach Vorbemerkungen über *Pötzls* auf physiologischen und pathologischen Tatsachen beruhende Anschauung von der Mitwirkung der Hirnzentren bei dem Vorgang der Wahrnehmung (durch Aktivierung überlebender „Bewegungsmelodien") entwickelt *Löwy* (87) seine eigene „biologisch-genetische" Betrachtungsweise des Psychischen. Demnach beruhen die seelischen Vorgänge, wie das ganze Leben der Organismen, auf einem grundlegenden allgemeinen, rhytmisch ablaufenden Chemismus, dem das Triebleben entspricht, und auf lokalen physikalisch-chemischen Veränderungen durch Umweltreize, sowie auf Aktionen und Reaktionen des Organismus, die ihr Ziel in Triebstillung und Reizbewältigung haben. In einer anderen Arbeit (88) verbindet er hiermit den Gedanken, daß bei der Bremsung der aus dem allgemeinen Chemismus stammenden Aktionen eine Triebaktivität (Lusttendenz) zurückbleibt, welche gemeinsam mit den Folgen der Umweltreize, zu den Willkürimpulsen (von den Instinkten bis zu den höchsten kulturellen Willensleistungen) führt. — *Matthaei* (92) hat sich das Ziel gesetzt, den Zusammenhang zwischen der Tätigkeit der Hirnzellen und den seelischen Vorgängen an Einzelerscheinungen zu erforschen. Er beschäftigt sich zu dem Zweck mit den Grundlagen der Neuronenerregung im nervösen Zentralorgan, bespricht z. B. die Wirkung der Summation von Reizen, der rhytmischen Erregungsreihen und der unterschwelligen Dauererregungen und erörtert die Bedeutung dieser Vorgänge für die Schwankungen der Aufmerksamkeit. Zum Schluß deutet er an, in welcher Weise die „Leitungslehre" imstande sei, die Erscheinung der „Gestalt", der „Ganzeigenschaften" verständlich zu machen. — *Flatau* (36) vertritt den deterministischen Standpunkt. „Eine Willensfreiheit in dem landläufigen Sinne gibt es nicht. Das Gefühl der Willensfreiheit ... ist zu erklären als das subjektive Gefühl der nicht behinderten Aktivität." Wie im Materiellen, so herrsche auch in allem Psychischen Gesetzmäßigkeit. Die Moral, die Begriffe „gut" und „böse" und die Verantwortlichkeit vor dem Gesetz blieben unberührt, erhielten nur einen mehr praktischen Charakter. — *Schweizer* (127) gibt, auf den Anschauungen *Häberlins* fußend, eine ausführliche Kritik der *Jaspers*schen

Lehre von den kausalen und den verständlichen Zusammenhängen. An der Hand der Worte *Jaspers'* setzt er auseinander, weshalb er dessen Ansicht für falsch und widerspruchsvoll hält. Er bemängelt, daß *Jaspers* einerseits im Physischen und Seelischen zwei völlig verschiedenartige Wirklichkeiten sieht, dann aber doch wieder behauptet, das Seelische bedürfe physischer Grundlagen — des Nervensystems und „außerbewußter Mechanismen" —, um wirklich zu sein. Sodann bestreitet er *Jaspers'* Behauptung, daß zwischen kausalem Denken und psychologischem Verstehen ein unüberbrückbarer Abgrund klaffe und daß nur das kausale Denken zu Gesetzen führe. Nach des Verf.s Ansicht besteht zwischen beiden kein Gegensatz, sondern „der kausale Vorgang ist in der Psychologie der verständliche Zusammenhang".

Linzbach (84) scheidet die „philosophische" Betrachtung von der „wissenschaftlichen" und erläutert beide eingehend. Die erstere sucht, wie er auseinandersetzt, nach dem Verhältnis zum Absoluten, und eine ihrer Richtungen sieht in der seelischen Krankheit ein äußerstes Mittel, den Menschengeist zum Absoluten hinzuführen. Verf. mahnt die Psychiater, die philosophische Seite ihrer Doktrin nicht zu vernachlässigen und erinnert an das religiöse Bedürfnis der Kranken. — *Rosenstocks* gedankenreiches Buch (114) entspringt dem Suchen nach einer echten Seelenkunde. Er findet diese weder in der wissenschaftlichen Psychologie noch in dem Okkultismus und glaubt, durch seine „grammatische Methode" die Geheimnisse der Seele lüften zu können. Das „Du", „Ich", „Es" und alle anderen Formen der Grammatik müssen zur Deutung der Seele und der seelischen Gebilde (wie Kunst, Wissenschaft, Gesetzgebung, Volksgemeinschaft) dienen. Der Mittelpunkt der Lehre *Rosenstocks* scheint religiöser Natur zu sein: Die Einzelseele hängt vom Weltganzen ab, ist „von Gott berufen". Es ist an den Ausführungen zwar manches anfechtbar, auch die „grammatische Methode" enthüllt uns die Seelengeheimnisse nicht und die abfällige Kritik der Fachpsychologen hätte unterbleiben sollen. Trotzdem ist anzuerkennen, daß wir in dem Buch eine Fülle tiefer und schöner Gedanken finden. Die äußere Ausstattung ist würdig.

Seelische Vorgänge.

Das Heft von *Krueger* (77) bringt einen Auszug aus einem Kongreßreferat und soll der Vorläufer einer buchmäßigen Darstellung sein. *Kr.* schildert kurz, wie sich die Lehre von Ganzheit und Struktur in der Psychologie entwickelt hat, grenzt von der Ganzheit die Gestalt als ein gegliedertes Ganze ab, erwähnt die Bedeutung der Gefühle für die Strukturiertheit und trennt von den Grundbegriffen, die auf den Inhalt eines Erlebens zielen (Erlebnisganzheit, Gefühl, gestalthafte Gliederung) den der Struktur als Ausdruck von Erlebnis-Bedingungen ab. Er bekämpft an *Köhlers* Anschauung sowohl die weite Ausdehnung des Strukturbegriffs wie die Verknüpfung mit physikalischen Prozessen und will seinerseits von Struktur dort nur sprechen, wo es sich um ein dauerhaftes Gefüge handelt. Dieses ist ein dispositionelles Ganze, in das Teilstrukturen eingeordnet sind. Der Strukturbegriff soll uns helfen, die psychischen Erscheinungen systematisch als notwendig

zu begreifen. Zum Schluß wird seine Bedeutung für Geisteswissenschaften und Kultur erläutert. —

Die Grundlagen der optischen Täuschungen sucht *Werner* (153) zu erforschen, indem er die Struktur der betreffenden Gestalten daraufhin betrachtet, ob sie homogen, zentriert (d. h. mit dominierenden Teilen versehen) und gegliedert sind oder nicht. Die „Assimilation" bei ungegliederten Gestalten führt er darauf zurück, daß sich die Gesamtheitsqualität vordrängt, während beim „Kontrast" an gegliederten Figuren der Gliedcharakter der Teile hervorgehoben wird. In einem 2. Aufsatz weist er nach, daß auch die motorische Formung von Figuren verschieden ist, je nachdem sie ungegliedert oder gegliedert erfaßt werden, indem dort der Ganzeindruck, hier der Gliedcharakter verstärkt erscheint. Eine 3. Arbeit (154) untersucht die Struktur gesprochener Worte. Wiederum findet sich, daß jede Struktur eine Neigung besitzt, die Gesetzlichkeit ihres Aufbaus möglichst anschaulich zum Ausdruck zu bringen. Es folgen Ausführungen über den Einfluß des Silbenzusammenhangs und der Betonung, die Gliederung der Laute eines Wortes in Vordergrund und Hintergrund und die sprachwissenschaftlichen Probleme der Assimilation und Dissimilation. —

Storch (140) verweist auf die Ansicht von *Jaensch*, nach welcher die Verben der sinnlichen Wahrnehmung deshalb den Akkusativ regieren, weil das sinnlich Wahrgenommene wie ein geschaffenes Objekt behandelt wird, und findet eine Analogie in dem archaischen Denken der Schizophrenen, bei welchem „der starre Subjekt-Objekt-Gegensatz im Erleben der Kranken sich auflöst" und „ein magischer Macht- und Wirkungszusammenhang" an seine Stelle tritt. Beispiele erläutern die Ausführungen. — *Lindworsky* (83) versucht das Einfachsehen psychologisch zu begründen, indem er von Druckempfindungen ausgeht und sich darauf stützt, daß, wenn durch 2 Sinnesreize der gleiche anschauliche Inhalt geliefert wird, jeglicher Anhaltspunkt fehlt, die beiden Reize auseinanderzuhalten. Den Verlauf der Opticusfasern läßt er nicht als Beweis für eine physiologische Grundlage des Phänomens gelten. Er dehnt seine Theorie auf andere Sinnesgebiete aus. — Den Kern von *Bechterews* psychologischer Betrachtungsweise sieht *Petermann* (104) darin, daß er 1. alles introspektive Beobachten zugunsten rein objektivistischer Verfahren ablehnt und 2. das ganze neuropsychische Leben als ein kompliziertes Reflexgeschehen mit assoziativem Zusammenhang auffaßt. Verf. stellt sich in Gegensatz hierzu und führt dies für das Problem der Konzentrierung in einer sorgfältigen Analyse genauer aus. — Die Assoziationspsychologie sucht *Selz* (129), da sie seiner Ansicht nach trotz ihrer Verdienste heute nicht mehr den Ansprüchen genügt, in neue Bahnen zu leiten. An Stelle eines Systems diffuser Verknüpfungen mit Verdrängung der schwächeren Reproduktionstendenzen setzt er ein System spezifischer Reaktionen, wo, ähnlich wie bei den Reflexen, jedem Reiz nur eine bestimmte Reaktion zugeordnet ist. Die intellektuelle Operation des Besinnens deutet er als eine Komplexergänzung, bei der das Aufgabebewußtsein die Form der Lösung zeigt, und so dem Denken eine Richtung gegeben ist. Verf. führt diesen Gedanken im einzelnen durch, sowohl für reproduktive wie produktive Leistungen und unterscheidet bei letzteren mehrere Fälle, je nachdem frühere Lösungen zu benutzen oder

neue zu entdecken sind, die Zielsetzung schon vorher gegeben ist oder erst durch ein Erlebnis bedingt wird, der Zufall spielt oder die Lösung in der Struktur der Aufgabe enthalten war. Beispiele aus Leben, Geschichte und Experiment erläutern das Gesagte. Verf. betrachtet seine Methode als einen Schritt zur Erfüllung von *Diltheys* Forderung der Erforschung der Strukturgesetze des Geistes. — *Hennig* (48) teilt im Anschluß an seine früheren Veröffentlichungen weitere Beispiele seines eigenen ungewöhnlich guten Gedächtnisses für Daten und Jahreszahlen mit. — *Groos* (42) erörtert zunächst, welche Art von Bewußtsein bei den „Einfällen" obwaltet und geht dann der Frage nach, wie sie zustande kommen. — In seinem Buch über „das außerpersönliche Unbewußte" untersucht *Giese* (38) das „intuitive Denken", d. h. nach *Erdmann* ein Denken, welches nur unvollkommen sprachlich formuliert und nie logisiert ist, wie es sich z. B. in der wissenschaftlichen und künstlerischen Phantasie, im Schlaf- und Wachtraum und kollektivpsychologisch in gewissen Kulturformen findet. Im 1. Abschnitt erörtert *G.* die Tatbestände, unter denen es sich normal oder in besonderen Fällen findet. Im 2. Abschnitt geht er von Gedanken über das Bewußtsein aus, indem er besonders auf das Unbewußte eingeht, welches nach ihm etwas Außerpersönliches und Autonomes ist, das „alle psychischen Inhalte möglicher Art" umfaßt, „die jemals von einem Bewußtseinsträger übernommen werden können". Hier knüpft er an *Jungs* „Überpersönliches Unbewußtes" (dämonenhafte, ichfremde Elemente) und an vitalistische Lehren (Kristallseele, Psychoid) an. Nun stellt er seine Theorie auf: „Das intuitive Denken ist nicht unmittelbares Ergebnis eines Gehirnvorganges und kein schöpferischer Akt des Menschen, sondern besteht in seinem wesentlichen Inhalt in der Aufnahme von Außenreizen, deren Ort außerhalb des Ichs ruht, deren näherer Charakter noch unbekannt, im großen und ganzen aber verwandt sein dürfte mit den energetischen Vorgängen der Außenwelt, welche unsere Sinneswahrnehmungen hervorrufen". Damit entfernt sich *G.* von aller Erfahrung, und er endet natürlich bei der Parapsychologie! Das Büchlein ist im übrigen inhaltreich und voller Gedanken; alles ist absichtlich nur kurz und skizzenhaft ausgeführt. — In einer anschaulichen, allgemeinverständlichen Art setzt *Bölsche* (13) auseinander, wo bei Mensch und Tier blind abhängiger Instinkt, wo wählende Intelligenz herrscht. Durch sorgfältige Besprechung aller Einzelfragen und sachliche Abwägung der Gründe und Gegengründe macht er dem Leser das Gebiet vertraut. Er beginnt mit der Besprechung zweckmäßiger Handlungen der Tiere, die vernunftartig erscheinen, tatsächlich aber rein instinktiv sind, weil sie mechanisch von allen Generationen wiederholt werden. Es folgen Theorien über die Entstehung von Instinkthandlungen. Der Hauptteil des Buches dient dem Nachweis, daß Intelligenzhandlungen auch beim Tier vorkommen. *B.* zeigt, daß Tiere fähig sind, zu lernen, geht auf die Probierbewegungen und Zufallstreffer ein und berichtet dann ausführlich das Verhalten von *Köhlers* Teneriffaschimpansen, welches den Schluß erlaubt, daß diese Tiere zu wirklichen Wahlhandlungen fähig sind. Das Büchlein ist höchst interessant und lehrreich. — *Stumpf* (142) bespricht den Unterschied von Sprache und Gesang, vor allem in Hinblick auf Ton- und Geräuschcharakter und auf den stetigen oder sprunghaften Übergang der Tonhöhe. Seiner Ansicht nach sind sie

nur gradweise verschieden. Mit *W. Köhlers* Anschauungen setzt er sich eingehend auseinander. — Eine sorgfältige Untersuchung des Glücksgefühls gibt uns *Rümke* (116), anknüpfend an *Jaspers'* phänomenologische Methode. Zunächst bespricht er die Anschauungen anderer Forscher, vor allem die von *James* und *Scheler*, sowie auf pathologischem Gebiet die von *Mayer*. Es folgt die Schilderung der Erlebnisse von Glücksgefühlen bei 9 Kranken (nach Ansicht des Verf. meist Degenerationspsychosen, 2 Gehirnarteriosklerosen, 2 Schizophrenien). Hieran schließt er die Beschreibung von Glücksgefühlen bei normalen Menschen, Psychasthenikern, Epileptikern und bei Intoxikationszuständen, wie Opiumrausch. Nun wendet er sich zur genaueren Analyse, die sich besonders auf die Abgrenzung gegen andere Lustgefühle, auf Bewußtseinszustand, Intention, mehr innerliche oder mehr nach außen gerichtete Art des Erlebens, reaktive oder autochthone Entstehung und etwaige verständliche Zusammenhänge erstreckt. Zum Schluß wird Klinisches, Diagnostik und Prognostik besprochen, dabei hervorgehoben, daß unter mehreren tausend Kranken nur 9 diesen Zustand boten und nicht, wie man denken sollte, Paralytiker und Manische. Prognostisch soll die Erscheinung günstig zu werten sein. — *Kronfeld* (75) untersucht das Wesen des Triebhaften, wie es uns als Antrieb, Einfall, Sucht u. dergl. entgegentritt. Er bespricht in sorgfältiger Analyse die Stellung des Triebhaften im Seelenleben, die Triebhandlung und das Trieberlebnis, geht auf pathologische Triebarten ein und bezeichnet als praktischen Wert dieser Untersuchungen die genauere Erfassung forensisch zweifelhafter Fälle sowie die Förderung des Verständnisses katatonischer Psychomotorik. — In einer anderen Arbeit (74) bemüht er sich um die Vertiefung unserer Kenntnis des als „Verstandesmensch" bekannten Charaktertypus. Er stellt fest, daß dieser Typus nicht auf einer körperlich bedingten Konstitution beruht, aber doch einen gesetzmäßigen Aufbau zeigt, der in seiner Entwicklung, in Milieu und Erlebnissen begründet ist. Die Ursache der Entwicklung dieser Charakterart findet er in einer inneren Schwäche, welche teils mehr auf der seelischen Anlage, teils mehr auf erschütternden Erlebnissen beruht und je nach dem Lebensziel zu besonderen Formen der Verstandesherrschaft führt. — Die „Kultur" eines Menschen sieht derselbe Verf. (76) in wertvollen Leistungen, die an dem Ganzen der Individualität haften, teleologischen Charakter zeigen und eine Erfüllung ethischer Normen bedeuten. Man kann zwei Phasen unterscheiden: ein gefühlshaftes inneres Angleichen des primitiven Erlebnisses an das Ich und die Befreiung des Ich vom Erlebnis. Die „Kultur" wird nicht, wie das ästhetische Bild einer „schönen Seele", intuitiv, sondern diskursiv, „reflektionell" erkannt. — Die Schrift von *Selz* über die Persönlichkeitstypen (130) ist ein erweiterter Sonderabdruck eines Kongreßvortrages von 1923. Verf. gibt einen Überblick über die Entwicklung dieses Zweiges der Psychologie und stellt mit Befriedigung fest, daß seine Hauptinteressensphären — Geschichte, Psychologie und Psychiatrie — jetzt Hand in Hand arbeiten. Er geht von *Diltheys* Forschungen, seiner Methode des nacherlebenden Verstehens und seinen Weltanschauungstypen aus. Länger verweilt er bei *Sprangers* Wertrichtungen der Persönlichkeit (Wirtschaft, Wissenschaft, Kunst, Religion, Staat und Gesellschaft) und *Jaspers'* auf Konstanz oder Labilität ihrer bedeutsameren Wertrichtun-

gen (religiös, ästhetisch, praktisch-real) aufgebauten Typen (Haltlosigkeit, Bindung an Tradition). In *Sprangers* und *Jaspers'* Typen sieht er Idealtypen mit Zentralfaktor. Ihnen stellt er die empirischen gegenüber, so die von den Psychiatern gewonnenen, die Ergebnisse der Psychogramme *Ostwalds* u. a. Als dritte Art nennt er die durch gemeinsames primäres Merkmal (Geschlecht, Temperament und dergl.) zusammengehaltenen Menschentypen („Korrelationstypen"), wie sie vor allem *Heymans* bearbeitet hat. Den Schluß bilden die psychiatrischen Typen: *Jungs* Extra- und Intravertierte, *Kretschmers* Zyklo- und Schizothymiker. Die Arbeit gibt einen vorzüglichen Einblick in dies überaus wichtige und aussichtsvolle Gebiet. — In die Massenpsychologie führt uns das kleine, aber inhaltreiche Heft von *Plaut* (105), welches nur „eine vorläufige programmatische Skizze zu einer umfangreichen systematischen Arbeit" darstellt. Er will das Problem der Masse von der begrifflich-systematischen Seite aus erfassen. In der Einleitung wirft er einen Blick auf die psychologischen Richtungen und die Wissenschaftslehre; dabei tadelt er, daß die Psychologie die Frage nach ihrem Gegenstand zu sehr vernachlässigt hätte. Unter psychologischem Raum versteht er einen Beziehungsraum. Er sucht den Begriff gründlich zu klären, indem er von den soziologischen Beziehungen des Einzelmenschen zur Umwelt ausgeht und den psychologischen Raumbegriff von dem soziologischen abgrenzt. Die Ausführungen des Verf. sind tief und gedankenvoll, lesen sich aber nicht leicht. Für den Psychiater ist besonders bedeutungsvoll ein Hinweis auf das der Erforschung bedürftige Problem der Gemeinschaft, welche sich in den Räumen einer Irrenanstalt zusammenfindet. — Die Abhandlung von *Schjelderup-Ebbe* (121) enthält sehr interessante Beobachtungen über die seelische Eigenart des Vogelindividuums, insbesondere den Despotismus, den ein Tier über andere ausübt.

Experimentelle Psychologie.

Krüger (78) hat durch Versuche festgestellt, daß es schwieriger ist, Unterschiede von „Beleuchtungen" zu erkennen als verschiedene Helligkeiten von Objektfarben abzuschätzen. Dies spricht seiner Ansicht nach dafür, daß man eine Beleuchtung als solche wirklich wahrnehmen kann und nicht nur durch ein (unbewußtes) Schlußverfahren erkennt. — Ähnlich, wie es für periphere Netzhautstellen schon bekannt war, haben die Versuche von *Vogelsang* (147) auch für foveale Beobachtung ergeben, daß im Verlaufe der Dunkeladaptation nach anfänglicher Zunahme eine Abnahme der Empfindungszeit eintritt; für farbige Lichter fanden sich dabei charakteristische Abweichungen. Die foveale Adaptation zeigte geringeren Umfang als die periphere und setzte später ein. — *Engelking* (32) benutzt zu Untersuchungen an Normalen und Farbenblinden, vor allem über die Zeitdifferenz der Empfindungen, das Stereophänomen *Pulfrichs*, d. h. das scheinbare Kreiseln eines durch ein abdunkelndes Filter beobachteten horizontal schwingenden Gegenstandes. Die Rotblinden unterschieden sich deutlich von den Normalen und den Grünblinden und standen in manchen Werten zwischen Normalen und total Farbenblinden. Trotzdem hält Verf. sie nicht für eine Übergangsform zwischen diesen beiden, die totale Farbenblindheit ist seiner Ansicht nach durch

eine tiefe Kluft von den Dichromasien getrennt. — Die Arbeit von *Hecht* (46) bringt die Ergebnisse von Versuchen über das *Zöllner*sche Phänomen der Formänderung bewegter Figuren, welche durch einen schmalen Spalt beobachtet werden. Verf. geht den Grundlagen des Phänomens nach und versucht eine Deutung. — Von Urbild spricht *Henning* (50), wenn, wie es vor allem bei Gerüchen, aber auch auf musikalischem und optischem Gebiete beobachtet wird, eine sinnliche Bewußtheit nicht die bestimmte Qualität von Wahrnehmung, Nachwirkung, eidetischem Bild, Erinnerung usw. hat. Verf. erwähnt im Zusammenhange hiermit gewisse bizarre Bildnereien Geisteskranker. — Der Aufsatz von *E. R. Jaensch* (58) bildet das Schlußwort der Gesamtarbeit „Über den Aufbau der Wahrnehmungswelt und ihre Struktur im Jugendalter". Er schildert die Entdeckung der Eidetiker und die weitreichende Bedeutung der Jugendpsychologie. Ihre Bewährung auf medizinischem Gebiet hebt er besonders hervor. Nebenbei fällt ein Seitenhieb auf *Köhler* und die Gestaltpsychologie, „lediglich eine physiologische Hypothese über Hirnprozesse". — In Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Ergebnissen von *Urbantschitsch* und von *Jaensch* über die Verbreitung der eidetischen Anlage hat *Zeman* (160) ausgedehnte Untersuchungen darauf gerichtet, ob das Wiener Beobachtungsmaterial vom Marburger abweicht. Er fand in Wien bei 65 % der Mittelschüler wirkliche „subjektive optische Anschauungsbilder"; bezog er aber noch die „latente Eidetik" mit ein, so war eidetische Anlage fast durchgängig vorhanden. Die Basedowoiden überwogen. — *Schwab* (126) hat sich die Aufgabe gesetzt, an 9- bis 18 jährigen Mädchen experimentell zu erforschen, ob die subjektiven Anschauungsbilder der Eidetiker echte Wahrnehmungen mit Leibhaftigkeitscharakter sind. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Kinder, wenn sie von „sehen" sprechen, ganz Verschiedenes meinen und Wahrnehmen von Vorstellen durchaus nicht reinlich scheiden, daß man daher über das eigentliche Wesen der Anschauungsbilder endgültige Aussagen noch nicht machen kann. — *Feyerabend* (34) hat in ausgedehnten Versuchen die „Transformation der Farben unter dem Einfluß nicht normaler Beleuchtung" mit dem „inneren Farbensinn" der Eidetiker verglichen und ist zu dem Ergebnis gekommen, daß hier eine Gleichheit der Phänomene und der sie beherrschenden Gesetze vorliegt. Weitere Versuche ziehen den simultanen Kontrast zum Vergleich heran und beobachten den Einfluß der Homogenität der Struktur des Gesehenen sowie den der Erfahrung und der Hemmung. — Ob es neben einem Berührungssinn der Haut noch einen Drucksinn der tiefen Gewebe gibt, hat *v. Frey* (37) mittels verschiedener Methoden an Gesunden und Radikotomierten nachgeprüft, indem er sich des von *Rein* ausgebildeten Verfahrens der elektrosmotischen Vertaubung der Haut bediente. Er kommt zu dem Schluß, daß man von einem tiefen Drucksinn nicht sprechen soll, da die fraglichen Empfindungen in der Hauptsache durch Hautverschiebung entfernterer Zonen verursacht werden, die aus der Tiefe stammenden aber nicht als Druckempfindungen gelten können. — *Hennings* (49) kurze Skizze enthält Beobachtungen über anschauliche Erinnerungsbilder des Geschmackssinnes sowie ein Beispiel der Fähigkeit, Geschmacksvorstellungen in sinnlicher Deutlichkeit durch Gesichtseindrücke hervorzurufen. — *Bardorffs* (4) Versuche sollen die Frage klären, inwieweit Reihenglieder, welche sich

in der Größe von anderen Gliedern der Reihe unterscheiden, scheinbare Größenänderungen erleiden. — *Allers* und *Teler* (2) haben bei Assoziationsversuchen, denen tachistoskopische Bilddarbietungen vorangingen, Spuren gefunden, welche darauf hinwiesen, daß Teile der Bilder beim Betrachten zwar unbemerkt geblieben, aber doch aufgefaßt worden waren. Das Interesse spielte bei der Auffassung eine große Rolle, nicht aber die Verdrängung. Sie fassen dieses „Unbemerkte" nicht als „Unbewußtes" auf, sondern rechnen es zur „Sphäre". — Die Versuche von *Simonic* (133), welche einen kleinen Abschnitt einer breit angelegten experimentellen Untersuchung an einem schwachbefähigten Jugendlichen darstellen, ergaben, daß, sobald die Zweiheit der Auffassungselemente überschritten wurde, Fehlleistungen einsetzten. *S.* nimmt an, daß der geistige Tiefstand des Knaben hauptsächlich auf diese mangelhafte Fähigkeit zur Erfassung von Gestalten zurückzuführen ist. — *Sterzinger* (139) will nicht die „sinnliche" Aufmerksamkeit prüfen (wie es mit dem Bourdon-test geschieht, indem während der Lösung der zu durchstreichende Buchstabe der Vp. „sinnlich" vorschwebt), sondern die „abstrakte" und wählt zu diesem Zweck sinnlose Buchstabengruppen, bei denen jeder Buchstabe durchstrichen werden soll, welcher bestimmten Anforderungen entspricht, z. B. zwischen zwei Vokalen steht. Den für Versuche mit Schülern gewählten Text hält er für geeignet, da sich eine gute Korrelation mit den Zeugnisnoten ergab. — *Dora Lüdeke* (89) berichtet über Gedächtnisversuche mit dem *Lipmann*schen Apparat; die Darbietung erfolgte teils rein visuell, teils visuell-akustisch, vereinzelt auch rein akustisch. Außer der Fehlerberechnung wurden die subjektiven Eindrücke der Vp. verwertet. Die visuell-akustische Methode erschien zahlenmäßig als die günstigste. Bedeutungsvoll war die verschiedene Art der Aufmerksamkeit. — Von *Juhász'* Analyse (63) sei hier erwähnt, daß er fürs musikalische Wiedererkennen in Analogie zu den bekannten sinnlosen Silben „sinnlose" Tonfolgen aus 3 Tönen verwendet hat. — Die Arbeit von *Pauli* (100) bildet eine vorläufige Bekanntgabe von Versuchen des Münchner psychologischen Institutes über die Frage, ob 2 geistige Vorgänge gleichzeitig ablaufen können. Die Forderung lautete, gleichzeitig 2 Leistungen (Vergleiche) auszuführen, von denen die eine auf optischem, die andere auf taktilem Gebiet lag. Es ergab sich, daß zu 90 % die Lösung nicht gelang und im Falle des Gelingens offenbar doch eine zeitliche Aufeinanderfolge eingetreten war. Bei sukzessiver Darbietung der Aufgaben fiel die Störung fort, bei zu großer Annäherung setzte sie aber wieder ein. *P.* zeigt, wie sich diese Tatsache der seelischen Struktur im Leben auswirkt. Zum Schluß bespricht er *Verworns* Theorie. — Die vom gleichen Verf. (102) angegebene Verbesserung des Gedächtnisapparates von *Lipmann* und *Marx* besteht in einer Schleifenvorrichtung an der Trommel, welche die Darbietung längerer Reihen (bis 60 statt früher 20 Glieder) gestattet und in einer rotierenden Blende, welche die Verdeckung der ruckartigen Fortbewegung erlaubt. — In einer Vortragsserie „Lebensmittelchemisches und Technisches vom Tee" bespricht *Pauli* (101) die psysische Wirkung des Tees: eine Förderung der geistigen Arbeit, die z. B. beim fortlaufenden Addieren zu erkennen ist. — Über die Wirkung des Kampfers auf die höheren psychischen Funktionen hat *Stross* (141) mit der *Kraepelin*schen Addiermethode Versuche angestellt. Es ergab sich, daß Kampfer

keine alkoholähnliche, nur scheinbar anregende Wirkung ausübt, sondern eine wirklich fördernde, freilich weniger als Coffeïn. — *Prandtl* (108) versteht unter Perseveration die diskontinuierlich erfolgende „unmotivierte Wiederkehr eines primär Erlebten" und hat in Versuchen mit sinnlosen Reihen die näheren Bedingungen ihres Auftretens erforscht. — Durch andere Versuche (107) will er die Rolle der Perseverationen bei Willenshandlungen klären. Vor der Ausführung eines bestimmten Auftrages wurden Silbenpaare vorgeführt, von denen einige eine Beziehung zu dem Auftrag hatten. Dabei fand sich, daß gerade die an den Auftrag anklingenden Silben mehr perseverierten als die anderen. *P.* geht nun der Frage näher nach, wie die Vorstellung des Auftrages zur Ausführung hinüberleitet und welche seelischen Vorgänge sich zwischendurch, vor allem beim Suchen der Lösung, abspielen. Eingefügt sind längere Ausführungen zugunsten der Anschauung *Marbes* von den „Bewußtseinslagen". — *Keller* (65) hat an Versuchen mit Silbenreihen nachgewiesen, daß fremde Silben leichter als fremde erkannt werden, wenn sie zwischen gut bekannten, als wenn sie zwischen weniger bekannten Silben stehen. Durch Ablenkungsversuche mit Hilfe der *Bourdon*schen Probe hat er dann festgestellt, daß unbeachtet (flüchtig) Gesehenes sich einschleicht und bei späterem Vorführen Bekanntheitsqualität tragen kann. Es folgen weitere Beobachtungen über Fremdheit und Bekanntheit. Den Fremdheitseindruck hält *K.* für eine besondere Qualität, nicht einfach für das Fehlen der Bekanntheit. — Ähnlich, wie es früher bei Geschicklichkeitsspielen beobachtet worden ist, hat es *Maria Zillig* (164) an schulmäßigen und industriellen Aufgaben nachgewiesen, daß in unmittelbarem Anschluß an eine größere Anzahl guter (bzw. schlechter) Leistungen ein Überwiegen der guten (schlechten) Leistungen zu erwarten ist. Andere Ergebnisse schließen sich an. — *Wolfers* (156) umfangreiche Versuche gehen der Frage nach, wie die Leistungsfähigkeit von Schulkindern, gemessen an Auffassungs- und Geschicklichkeitsproben, mit dem Wochentage und der Jahreszeit schwankt. Die Begleitumstände und Ursachen der Erscheinung werden eingehend besprochen. — *Graf* (41) unterwirft die experimentellen Ermüdungsmessungen einer Kritik und berichtet über Untersuchungsreihen mit 2 Stichproben-Verfahren, welche mit Hilfe des Addierens einstelliger Zahlen und der *Bourdon*-Probe angestellt wurden. — Durch andere Versuche (40), welche die Wirkung von Arbeitspausen zum Gegenstand haben, sucht er die günstigste Lage und Länge von 2 Pausen im Verlauf einer Arbeitszeit von 2 Stunden zu ermitteln. — Da frühere Untersuchungen zu ungleichen Ergebnissen geführt haben, hat *Ilzhöfer* (59) nach der *Krogh*schen Methode Atmung und Energieumsatz bei leichter und bei angestrengter geistiger Arbeit nachgeprüft. Die Atemmechanik fand er verändert, den Kalorienverbrauch ein wenig erhöht; letzteres ließ sich aber zum größten Teil durch die Atemänderung und durch Muskelbewegungen erklären. — *Stern* (138) unterzieht, indem er auf die Bedeutung der amerikanischen Massenversuche mit dem abgeänderten *Binet*-System („*Stanford*-Revision") hinweist, die Lehre von der Konstanz des Intelligenzquotienten (Verhältnis von Intelligenzalter zu Lebensalter) einer Kritik. *Peters* gegenüber weist er darauf hin, daß die Prüfung einzelner Fähigkeiten nicht über die Entwicklung der Intelligenz Auskunft geben kann, da in den verschiedenen

Altersstufen immer wieder andere Leistungsformen auf die Höhe kommen. In den amerikanischen Ergebnissen findet er eine Bestätigung seiner Lehre, daß auch bei schwachsinnigen Kindern die Wachstumsgeschwindigkeit der geistigen Leistungen konstant bleibt, während *Peters* eine Abnahme der Geschwindigkeit behauptet hat. Zum Schluß zählt er auf, worin ihm der Wert des IQ. zu liegen scheint. Im Anschluß liefert *Weinert* einen sehr interessanten Bericht über die amerikanischen Intelligenzprüfungen. — Bei den von *Rittershaus* (112) mit dem Bild „Bauernstube" (nach *W. Stern*) angestellten Aussageversuchen zeigten sich je nach der Intelligenzhöhe verschiedene Stufen der Aussageleistung. So nannten z. B. die Tiefststehenden nur Personen und Sachen, und zwar in unverknüpfter Aufzählung, die nächste Stufe konnte schon angeben, was geschieht, die folgende brachte Raumangaben usw. Es werden interessante Vergleiche zur normalen Sprachentwicklung gezogen. — In seinem kritisch gehaltenen Überblick über das Wesen und die Vorteile der „Arbeitsprobe" definiert *Giese* (39) sie als „den Versuch, in geregelter Form und an neutralem Stoff dem Prüfling Aufgaben zu stellen, die uns auf Grund seines dabei zu beobachtenden werktätigen Verhaltens einen Einblick in seine charakterologische Struktur ermöglichen". Er führt näher aus, wie solche Proben auszuführen und zu werten sind, einige schildert er genauer. — *v. Rohden* (113) berichtet über Tests zur Prüfung der praktischen Intelligenz, die von ihm und *Giese* erprobt worden sind und sich bewährt haben. Es handelt sich um Prüfungen der Organisationsgabe, Kombinationsfähigkeit und praktischen Aufmerksamkeit (Kofferpacken u. a.). Am besten schnitten Akademiker ab, dann kamen absteigend Pfleger, Hirnverletzte, Pflegerinnen, Schizophrene, Paralytiker und Imbezille. Die Schizophrenen bewiesen einmal wieder, daß oft mehr in ihnen steckt, als es scheint. — Inwiefern die seelische Eigenart des Menschen für die Berufswahl von Bedeutung ist, bespricht *Rossolimo* (115) in einem kurzen Überblick. Gut Begabte, führt er aus, seien durchweg für verschiedene Berufe tauglich, schlecht Begabte dagegen zeigten oft ungleichmäßige Begabung, bedürften also einer besonders sorgfältigen Wahl. Auch der Charakter sei oft für die Berufswahl wichtig. Die Beurteilung pathologisch-konstitutioneller Charakterzüge müsse einem Neuro- und Psychopathologen übertragen werden. — Nach einer kurzen Darstellung der *Kretschmer*schen Lehre vom zykloiden und schizoiden Charakter führt *Donalies* (26) aus, inwieweit man hieraus für Eignungsprüfungen Vorteil ziehen kann, indem für gewisse Anforderungen dieser, für andere jener Typ besser geeignet erscheint. — Die umfangreiche Arbeit von *Langelüddeke* (80) knüpft an frühere Forschungen an und schildert ausführlich seine über das Erlernen des Maschinenschreibens angestellten Versuche und deren Ergebnisse. Der Untersuchung des Maschinenschreibens legt er einen besonderen Wert bei, weil hier geistige Vorgänge mit körperlichen eng verknüpft sind. Nach der Schilderung seiner Versuchsanordnung bespricht er die Art des Lernens und besonders genau die Fehler. Zum Schluß geht er auf Versuche an Geisteskranken und Alkoholversuche ein. — Im Anschluß an frühere Untersuchungen (Allg. Zschr. f. Psych. Bd. 75) hat *Isserlin* (62) über die Mechanik des Sprachvorganges Versuche angestellt, bei denen die Schallbewegungen gleichzeitig am Munde und am Kehlkopf abgenommen wurden. Die Aufzeichnungen dieser

Bewegungen geben typische Bilder für die einzelnen Laute und lassen charakteristische Veränderungen bei Hirnerkrankungen erkennen. Andere Untersuchungen haben die musikalischen Eigenschaften der Sprache zum Gegenstand: die Tonhöhenbewegung und die Formanten der Vokale. — In *Abderhaldens* Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden schildert *Hoffmann* (54) die Methoden, welche zur Messung der Reflexzeit angewendet werden. In Vorbemerkungen erörtert er die Frage der „reinen" Reflexzeit, d. h. der in der „Synapse" oder in der Ganglienzelle des Rückenmarks verbrauchten Zeit, und die psychologischen Merkmale, durch welche sich die sehnenreflexartigen, tiefen Reflexe von den hautreflexartigen, oberflächlichen unterscheiden. Er bespricht nun nacheinander die Untersuchung der verschiedenen Reflexarten beim Menschen und bei Tieren sowie die Berechnung der Resultate. In der Abhandlung über die Reaktionszeit schildert er die Apparate für das Signal, die Aufnahme der Reaktion und die Zeitmessung beim Reaktionsversuch. Skizzen sind reichlich eingefügt. — Die Versuche *Bruns* (15) über das psychogalvanische Phänomen haben ergeben, daß der Galvanometerausschlag beim Vorzeigen erotischer Bilder größer ist als bei der Darbietung gleichgültiger, daß der Ausschlag beim 2. Vorzeigen geringer ausfällt und daß Alkohol-, vor allem aber Bromgaben die Reaktion herabsetzen. Er schließt daraus, daß die sexuelle Erregbarkeit nach Alkoholgenuß nur eine scheinbare ist, die durch Wegfallen von Hemmungen vorgetäuscht wird. An 2 Fällen (von *H. W. Maier*) wird die Möglichkeit einer forensischen Verwertung dargelegt. —

Spezielle Psychologie.

Für die Psychologie des weiblichen Geschlechts liegt das vorzügliche Werk von *Heymans* (52), welches sich durch Gründlichkeit und flüssige Schreibart auszeichnet, in 2. verbesserter Auflage vor. Er bespricht die Methoden der Forschung, von neueren besonders die der Biographie, der Enquête, des exakten Experiments und der Statistik. Der Hauptteil des Buches behandelt die einzelnen Gebiete des Seelenlebens. *H.* findet beim weiblichen Geschlecht einen höheren Bewußtseinsgrad, aber einen geringeren Bewußtseinsumfang, eine größere Emotionalität, ein Zurückbleiben in allen Funktionen der Intelligenz und Eigenarten im Willensleben. Er hält es nicht für richtig, in allen Unterschieden der Geschlechter Wertunterschiede zu sehen, und will die Frauenfrage in seinem Buch ganz aus dem Spiel lassen. Den Schluß bildet eine Erörterung der Ursachen der weiblichen Eigenart: 1. Die im Laufe des Lebens erfolgenden Einwirkungen, 2. die Nachwirkung gesellschaftlicher Zustände früherer Jahrhunderte, 3. die sexuelle Auslese und 4. die somatisch verankerten Geschlechtsunterschiede. — Durch gute Ausstattung erfreut ein Heft aus den „Schriften zur Lebensweisheit" des Verlages R. Weißbach in Heidelberg, welches in Briefform abgefaßte Ausführungen des Gynäkologen *v. Siebold* aus dem Jahre 1861 über das weibliche Seelenleben neu veröffentlicht (131). Es ist eine künstlerisch schöne Darstellung der Psychologie der weiblichen Seele, gleich bewundernswert in der Beschränkung des Stoffes wie in seiner Anordnung und dem wohllautenden Flusse seiner Sprache. Eine wissenschaftliche Erörterung, Beweise, Material finden wir hier nicht. *S.* beginnt mit der Bestimmung des Weibes und geht

dann die einzelnen seelischen Eigenschaften durch, wobei er unterscheidet, welche als Vorzüge und welche als Schwächen anzusehen sind. — *Bürger* (18) hat 50 schwangere Mädchen eingehend darüber befragt, wie das Ereignis der Schwangerschaft auf sie gewirkt hat, und 8 verschiedene Typen gefunden: die Teilnahmlosen, die Wirklichkeitsnaturen, die Ratlos-Ängstlichen usw. — Der weiblichen Jugend gewidmet ist ein Heft des „Pädagogischen Magazins" von *Else Croner* (22). In lebendigen Schilderungen zeichnet sie, ohne sich in wissenschaftliche Begründung einzulassen, die weibliche Seele, vor allem die der Pubertätszeit, der „Revolution" des Einzelmenschen, wobei sie mit feiner Beobachtungsgabe die einzelnen Grundtypen sondert: den mütterlichen, den erotischen, den romantischen, den nüchternen und den intellektuellen. Daß die Typen in Wirklichkeit kaum je rein vorkommen, verkennt sie nicht. Im 2. Teil bespricht sie die höheren geistigen Interessen des Mädchens und seine Stellung in der Gesellschaft; hier findet man gute Beobachtungen und geistvolle Gedanken. „Bildungs- und Entwicklungsgesetze" beschließen das Heft. — Das besprochene Werk leitet uns zur Psychologie des Kindes hinüber. In 9. Auflage erscheint *Preyers* „Seele des Kindes" (109), herausgegeben, wie schon seit dem Tode *Preyers*, durch *K. E. Schaefer*. Das beste Lob für *Preyers* Werk ist die Tatsache, daß dieses Buch, in dem dereinst mühsam die ersten Bausteine zum Aufbau der Kinderpsychologie herangeschafft worden waren, uns noch jetzt als Führer dienen kann, trotzdem die Wissenschaft in ungeahnter Weise vorgeschritten ist und sich gewöhnt hat, ihren Stoff von ganz anderem Standpunkt aus zu erfassen. Freilich weist dies auch auf eine schwache Seite des Buches hin. Wird man dem Herausgeber beistimmen, daß er aus *Preyers* Werk nicht eine neuzeitliche Psychologie gemacht hat, so muß man sich doch darüber klar sein, daß man hier nur das Elementare findet und nicht das, was wir heute „Kindesseele" nennen würden. Die Einteilung ist die gleiche geblieben: Sinneswahrnehmungen, Reflexe und willkürliche Bewegungen, Sprache und Verstand. Auch im einzelnen ist, von ein paar neuen Beobachtungen abgesehen, wenig geändert und nur der alte Text etwas gekürzt. — Es gibt zu denken, daß gleichzeitig ein französisches Hauptwerk über die Kinderpsychologie in deutscher Übersetzung neu aufgelegt worden ist: *Compayrés* „Entwicklung der Kindesseele" (21). Die erste Ausgabe stammt von 1893, seit der 2. Auflage (1896) ist das Werk nicht verändert worden. Gegenüber der strengen sachlichen Schreibweise *Preyers* fällt hier die abgerundete Darstellung mit flüssigem, ansprechendem Stil auf. Auch zu diesem Buch wird nur greifen, wer sich über den beschränkten Kreis des Seelenlebens unterrichten will, wie es der Zeit vor 30 Jahren entspricht; es überwiegen durchaus die ans Physiologische grenzenden Zustände sensorischer und motorischer Art, das tiefere seelische Leben kommt aber doch schon mehr zu seinem Recht als bei *Preyer*: Gedächtnis, Phantasie, Urteilen und Schließen, vor allem Trieb- und Willensleben, sittliche Gefühle, Charakter. Ein Kapitel über Geistesstörungen ist höchstens historisch interessant, denn es beruht auf ganz veralteten Anschauungen. In seinem psychologischen Teil ist aber das Buch heute noch von Wert, es ist so verständlich geschrieben, daß auch Laien es mit Vergnügen und Nutzen lesen werden. — Das in 5. Auflage erschienene Buch von G. *Bäumer* und *L. Drescher* (6) liefert eine Sammlung wertvoller Abschnitte aus

Lebensbeschreibungen und künstlerischen Darstellungen, welche das kindliche Seelenleben der verschiedenen Altersstufen anschaulich schildern: Erste Kindheitserlebnisse, Glück und Leid, Phantasie und Schöpferkraft, sittliche Gefühle, Erziehung und Gemeinschaftsleben. Das Buch war bei seinem ersten Erscheinen 1908 in ausgesprochenen Gegensatz zur herrschenden experimentellen Psychologie getreten, indem es das Ziel verfolgt, die Persönlichkeit des Kindes aus seinen ganzen seelischen Lebensäußerungen zu verstehen und auf die hohe Bedeutung der intuitiven, nachfühlenden Erfassung des Seelischen hinzuweisen. Es bietet naturgemäß nur Material, keine Verarbeitung desselben. — *Moses* (95) führt uns in das geheime Phantasieleben des Menschen, wie es beim kleinen Kinde offen zutage tritt und auch im späteren Kindesalter noch leicht zu enthüllen ist, während der Erwachsene es sorgsam verbirgt und nur in Narkose, Geisteskrankheit und dergl. offenbart. In der Phantasie erträumt sich das Kind, was in der Wirklichkeit unerreichbarer Wunsch bleibt (siehe *Alfred Adlers* Lehre!), so beim Spiel, in dem es das von ihm bewunderte Treiben der Erwachsenen nachmacht. Verf. gibt an, wie man durch liebevolles Eingehen, methodische Anleitung und verständige Lebensführung üble Folgen und Auswüchse verhüten kann. — *W. Stern* (137) weist auf die Bedeutung des Spiels für das ganze persönliche Leben und auf seine Stellung als Vorschule späterer Betätigungen hin. Das „Ernstspiel" steht zwischen dem rein kindlichen Spiel und der Ernsthandlung des Erwachsenen, es ist eine Vorprobe von Ernsthaftigkeitscharakter an harmlosem Material und hat daher, mag es auch manchmal in seinen Äußerungen lächerlich erscheinen, doch eine große Bedeutung für den Menschen. An der Liebe, der Berufswahl und den Gemeinschaftsveranstaltungen der Jugendlichen wird dies näher ausgeführt. Zum Schluß wird der Sport der Jugend mit seinen Vorteilen und Gefahren besprochen. — *Schwab* (125) gibt ein Test-Schema zur Untersuchung des geistigen Zustandes von Kindern der ersten 3 Lebensjahre. Die Tests bestehen zum Teil aus Beobachtungen des kindlichen Verhaltens, zum Teil aus Prüfungen in Form von Reizen, Fragen und dergl. — *Peiper* (103) hat festgestellt, daß durch eine laute Kraftwagenhupe schon beim Kind im Mutterleib deutlich nachweisbare Bewegungen hervorgerufen wurden. Da sie bei der Wiederholung des Reizes ausblieben, nimmt er an, daß sie vorher Spuren hinterlassen hatten. — Die Art der technischen Begabung der Kinder prüft *Machaček* (90) auf Grund seiner Beobachtungen an 171 Kindern. Er unterscheidet 3 Gruppen (die „geistreichen Handwerker", die klugen, aber theoretischen Erfinder und die unfruchtbaren, unpraktischen Phantasten), bespricht Körperbau und seelische Eigenart und zieht Schlüsse für Berufsberatung und Lebensschicksal.

Medizinische Psychologie.

Schilder (120) verfolgt mit seinem nicht für Anfänger bestimmten Buch einen doppelten Zweck: den Arzt in die Psychologie einzuführen und dem Psychologen die Wissenschaft unter ärztlichem Gesichtswinkel zu zeigen. Es liegt in der Natur der Sache, daß die Ausführungen zum großen Teil von den normalen auf die krankhaften Seelenvorgänge überspringen. *Sch.* bekennt sich als Freund der Psychoanalyse, diese Färbung tritt aber nur bei einem Teil seines Buches hervor, so beson-

ders in dem Kapitel über das Triebleben, hier freilich gehen die psychoanalytischen Ausführungen sehr ins Breite. In der Einleitung betont er außerdem die biologische Grundeinstellung. Er will versuchen, Phänomenologie, Psychoanalyse, experimentelle Psychologie und Hirnpathologie zu einem Ganzen zu vereinigen. Die letztgenannte, die auch als Eingangspforte zum Leib-Seele-Problem dient, nimmt überhaupt einen breiten Raum ein, so vor allem in den ersten Kapiteln „Wahrnehmung" und „Handlung und Sprache". Die nächsten Kapitel behandeln Gedächtnis, Triebleben und Wille, Ich und Persönlichkeit, Affekte und Erlebnisse, zum Schluß die Psychologie im täglichen Arbeitsgebiet des Arztes. Überall stößt man auf Spuren der neuesten psychologischen Forschungen. Besonders die Aktpsychologie wird ausführlich dargestellt und immer wieder herangezogen. Dem Trieb- und Willensleben wird eine zentrale Stellung eingeräumt, daher wird z. B. auch das Denken bei ihm besprochen. Die ausführlichen Inhaltsangaben jedes Kapitels erleichtern die Übersicht sehr, ihre doppelte Wiedergabe ist aber wohl eine unnötige Belastung der Seitenzahl. Eine reichhaltige Literaturangabe finden wir am Schluß. Wenn auch manches auf Widerspruch stoßen wird, so kann man doch dem inhaltreichen Buch weiteste Verbreitung wünschen, vor allem als Anregung zur Vertiefung in psychologische Probleme. — Sehr beachtenswert ist der Überblick *L. Binswangers* über die Bedeutung der neueren Psychologie für den Psychiater (9). Verf. bespricht die verschiedenen Forschungsmethoden und setzt auseinander, inwiefern die älteren durch neuere abgelöst oder fortgebildet worden sind. So erörtert er kritisch die Beziehungen des Seelischen zu physiologischen Gehirn- und Körpervorgängen, die neurologische Methode der Erforschung des krankhaften Seelenlebens, die Assoziationspsychologie und die naturwissenschaftliche Denkart, welche alle seelischen Erscheinungen in ihre Elemente zerlegt. Demgegenüber sieht er Fortschritte in der Gestalttheorie, der Lehre von den intentionalen Akten und der Erfassung der Einheit des Ich, welche gerade auch für die Psychiatrie sehr wichtig ist, wie er an Ausführungen über die Schizophrenie nachweist. Nach diesen neuen Gesichtspunkten möchte er die Lehre von den krankhaften Denkabläufen, von den Halluzinationen u. a. umgestaltet sehen. Der letzte Abschnitt bespricht als Wichtigstes die Erforschung der Gesamtpersönlichkeit, durch die man in die Welt der „psychischen Konflikte" eindringt. — Auch *Ziehen* (163) erläutert von seinem Standpunkt aus, inwieweit neuzeitliche Forschungen der Psychologie für die Psychiatrie Bedeutung haben und größere Berücksichtigung verdienen. Es betrifft einerseits die Untersuchungsmethodik, andererseits die Ergebnisse (Neues aus der Empfindungspsychologie, Komplexionsvorstellungen, Konstellation und Komplexe u. a.). Zum Schluß bespricht er einige ärztlich bedeutungsvolle Fragen, die unter den Psychologen noch umstritten sind: Voluntarismus und Synkretismus, Assoziationsgesetze, unanschauliche Vorstellungen, Gefühlstheorie, Sonderstellung der Aufmerksamkeit.

Psychologie in Geisteswissenschaften.

In die kritische Religionspsychologie führt die Studie von *Rust* (117) über das Zungenreden. Nach der Wiedergabe einiger Beispiele von ekstatischem religiösen Rededrang wendet er sich dem psychologischen Mechanismus dieser Er-

scheinung zu, welche er als ein „unwillkürliches und intentionsloses, zwangsmäßiges und automatisches Sprechen" bei religiös Inspirierten bezeichnet. Er betrachtet die Bewußtseinslage, die ursächlichen Momente und die äußere Form des Zungenredens, geht auf letztere genauer ein und teilt die Fälle in verschiedene Gruppen, je nachdem das Gesprochene einer wirklichen Sprache (der Muttersprache oder einer fremden) angehört oder eine mehr weniger sprachähnliche Kunstbildung ist. Bei der Untersuchung der Auslegung des Inhalts wird auf Ähnlichkeiten mit der Kindersprache verwiesen und die psychoanalytische Deutung *Pfisters* einer Kritik unterzogen. Zum Schlusse werden die Beispiele aus der Bibel besprochen. Das Buch ist gut geschrieben und behandelt das Thema mit großer Sorgfalt. Gerade auch der Psychiater wird vieles Interessante finden, wenngleich die „Pathologie des Zungenredens" nur ganz kurz erörtert worden ist. — In mehreren anregenden Abhandlungen hat *Böhmig* Kulturfragen zum Gegenstand psychologischer Untersuchungen gemacht. In einer derselben (11) vergleicht er politische und religiöse Massenbildungen auf die psychologischen Bedingungen ihrer Entwicklung und ihrer Wirkungen. Überall findet er Analogien, die den Schluß erlauben, daß dabei bestimmte allgemeine Triebe und Strebungen der Menschen in Bewegung gesetzt werden. — In einer anderen Skizze (12) zergliedert er den Seelenzustand dessen, der nach der Beichte Verlangen hat. Daraus schließt er, daß im Gegensatz zur katholischen die protestantische Beichte ihren Zweck nicht erfüllt. — Eine dritte Abhandlung (10) beschäftigt sich mit dem schaffenden Künstler, bespricht das allen Künstlern Gemeinsame und ihre verschiedenartigen Typen, geht dann ausführlich der Frage nach, wie die künstlerische Konzeption zustande kommt, wie sie verläuft und was der Künstler selbst dabei empfindet. „Aus einer Einsamkeit heraus, die Kraft und Überfülle, Sehnsucht, Not, Abwehr bedeuten kann, schafft der Künstler sein Werk und erlöst und befreit sich dadurch." — *v. Kries* (72) rechnet seine Studie „Goethe als Psycholog" bezeichnenderweise zu dem Thema „Goethe als Naturforscher". Er will nicht erforschen, wie Goethe als Dichter instinktiv Menschenkenner war, sondern inwieweit sich seine Seelenkenntnis „zu begrifflichen Formulierungen und zu Aufstellungen von allgemeiner Bedeutung" verdichtete. Anzeichen hiervon findet er bei Goethes Beschreibung einzelner Persönlichkeiten, mehr noch bei der Schilderung ganzer Klassen von Menschen (die Lebensalter u. a.). Ausführlicher noch befaßt er sich dann mit Goethes wissenschaftlicher Methode beim eigenen Studium der Naturforschung. Die sowohl für die Psychologie wie für die Goetheforschung wertvolle Abhandlung bietet auch für jeden Gebildeten viel Anregendes. — Unter den pädagogisch-psychologischen Arbeiten finden wir ein umfangreiches Werk von dem verstorbenen *Müller-Lyer* (98), „Zähmung der Nornen", II. Teil seiner „Entwicklungsstufen der Menschheit". Der vorliegende Band ist auf Grund des Manuskriptes von seiner Witwe herausgegeben worden und behandelt von den drei Schicksalsmächten des Menschen — Zuchtwahl, Erziehung und Erbfolge — die mittlere. Gegenüber den „Nativisten", nach deren Ansicht der angeborene Charakter fast alles ausmacht, betont Verf. den großen Einfluß der Erziehung. Ihr Ziel sieht er in der Heranbildung des Menschen zu einem sozialen Wesen, zu einem Glied der Arbeitsgenossenschaft. Er schildert die Ent-

wicklungsepochen der Erziehungsmethoden in der Weltgeschichte und arbeitet dabei die einzelnen Phasen deutlich heraus. Mit besonderem Eifer, vielleicht etwas einseitig eingestellt. wendet er sich gegen die Art des Nationalismus, welche den Haß gegen andere Nationen nährt. Das Buch ist zwar in erster Linie pädagogisch gerichtet, bietet aber auch dem Soziologen und dem Psychologen mancherlei. Es enthält eine Menge wertvoller Ideen. Eine Abhandlung über das Studium der Soziologie ist als Anhang beigefügt. — In *Stählins* kleiner Schrift (136) wird ausgeführt, wie die neuzeitlichen Erziehungsarten, welche auf Selbstbestimmung und Freiheit beruhen und teils von der Jugend selbst, teils von Pädagogen ausgehen, auf die kindliche Seele und die Charakterbildung wirken. Es wird gezeigt, daß der Zwang durch alle Zeiten hindurch die Kinder schwer belastet hat, daß aber auch die Freiheitsbewegung trotz ihres gesunden Kerns zu schädlichen Übertreibungen führen kann. Die Ziele der fortschrittlichen Pädagogen werden auseinandergesetzt, ein Anhang bespricht die im In- und Ausland durch sie ins Leben gerufenen Erziehungsanstalten. Das Werk ist für den Kinderpsychologen sehr interessant. — In Form eines populären Vortrages bespricht *Schulte* (123) die eigenartige Seelenverfassung der Entwicklungsjahre und ihre erzieherische Leitung. Er unterscheidet 4 „Stufen oder Gipfelpunkte" der ansteigenden Lebensbahn: Konzeption, Geburt, Gewinnung des Selbstbewußtseins und Pubertät, schildert die körperlichen Umänderungen der Pubertätszeit, vor allem die sexuellen Momente und geht auch kurz auf die drohenden Psychosen und psychopathischen Erkrankungen ein. Schließlich wendet er sich zu den einzelnen Seiten des Seelenlebens der Jugendlichen, um Ratschläge daran zu knüpfen, wie man diese leiten soll. — Der von dem Leiter des Leipziger „Instituts für experimentelle Pädagogik und Psychologie", *Max Döring*, herausgegebene Band (27) enthält hauptsächlich Arbeiten zur Auslese der Schüler für die höhere Schule und zur forensischen Kinderaussage (s. „Gerichtliche Psychiatrie" unter *Döring*). In einem Vorwort weist *D.* darauf hin, daß in den letzten Jahren an die Stelle der apparativen Untersuchungen mehr testartige getreten sind. Einen Institutsbericht über die Jahre 1920—1923 gibt *Felix Schlotte*. — Die pädagogische Auswertung eines Intelligenztestes zur Feststellung der Fähigkeiten der Schüler besprechen in dem eben genannten Band *Marie Thomas* und *F. Schlotte* (144). Es handelt sich um die Bilderserie „Die Zwerge und die Kirsche", welche gute Gelegenheit gibt, Beobachtungsgabe, Deutungsfähigkeit und Phantasie zu beurteilen. — *Kupky* (79) bringt ebendort Auszüge aus Tagebüchern und erörtert, inwieweit man diese zur Erkennung der Persönlichkeit verwenden kann. — Ins Gebiet der Soziologie führt uns das Büchlein von *Ellis* über Liebe und Ehe (31). Der englische Meister der Sexualforschung vertieft sich hier in das Eheleben, zergliedert die einzelnen Momente psychologisch und sucht das Wertvolle herauszuschälen. Im 1. Kapitel behandelt er das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern mit seinen psychologischen Problemen, wobei er auch der Lehren *Freuds* gedenkt. In dem Kapitel über den „Begriff der Reinheit" erörtert er die sexuellen Bedürfnisse des Menschen und die aus ihnen entspringenden höheren Gefühle. Auch bei der Besprechung des „Zweckes der Ehe" hebt er die Bedeutung des Seelischen hervor. Es folgen Ausführungen über das Verhältnis von Mann und Frau und die

Forderungen der Neuzeit, welche vor allem auf geistige Befreiung der Frau zielen. Hieran knüpfen sich Kapitel über das „Liebesrecht des Weibes“ und das Liebesspiel des Menschen. Das Schlußkapitel handelt über Eugenik und erörtert auch die Frage der Fortpflanzung Geisteskranker. Überall tritt die fabelhafte Belesenheit des Verf.s zutage. Alle Fragen werden einer sorgsamen Kritik unterzogen, die sich meist auf einer gemäßigten Linie bewegt; die Anschauungen der älteren wie der neuesten Zeit kommen zu ihrem Recht. An der Hand einer strengen Disposition wird eine Fülle interessanter Einzelheiten aneinandergereiht. Die von *Julia E. Kötscher* besorgte deutsche Ausgabe liest sich gut. — Das Werk von *H. Meyer* (94) setzt sich das Ziel — im Gegensatz zu manchen modernen Bestrebungen —, die Gebote des Sittenrechts hochzuhalten, den Standpunkt der katholischen Kirche darzulegen und den Wert der sittlichen Gesundheit des Volkes in den Vordergrund zu stellen. Vor allem wendet er sich gegen die Psychoanalyse, deren Errungenschaften er nicht bestreiten, aber in Weltanschauungsfragen einschränken will, und besonders gegen die Lehre, welche alle höheren Gefühle aus dem Sexualtrieb erklärt. Den sexuell Perversen soll nicht freie Liebe, sondern moralisches Leben und Willensübung angeraten werden. Das Psychopathische, welches sich überall im Kulturleben breit macht, soll man bekämpfen. Auch die Rassenhygiene beurteilt Verf. unter diesen Gesichtspunkten. Er wendet sich u. a. gegen die Tötung der Idioten; Eheverbote und Sterilisierung bei Degenerierten lehnt er nicht ab, den Hauptwert will er aber auf positive Förderung der gesunden Ehe legen. Die vertretenen Anschauungen werden sachlich und maßvoll vorgebracht, die Erörterung greift freilich nicht immer ganz in die Tiefe. Der hohe ethische Standpunkt der Ausführungen ist unbedingt anzuerkennen. — *Vorwahl* (148) sucht eine psychologische Erklärung für die bei den *Steiner*schen Übungen auftretenden Visionen und sieht in ihnen nicht einfache Nachbilder, sondern „Wiederholungsempfindungen“, welche Beziehungen zur eidetischen Anschauungsform haben. — Eine philosophische Zergliederung des ärztlichen Denkens und Handelns in Hinblick auf *Vaihingers* Anschauungen finden wir in *Kochs* „Als-Ob“ (68). Nach einer einleitenden Erörterung der Stellung der Ärzte zur Philosophie werden die einzelnen Fragen besprochen, bei denen es zur Bildung von Fiktionen kommt, wie er denn schon den Krankheitsbegriff selbst für eine hält, ebenso die Auffassung der Medizin als einer Naturwissenschaft. Verf. unterscheidet „Sicherheitsfiktionen“, bei denen angenommen wird, daß Hypothesen (z. B. spezifische Wirksamkeit spezifischer Sera) richtig seien, von „Erkennbarkeitsfiktionen“ (z. B. der Zeitpunkt des Anfangs einer Krankheit) und „Existenzfiktionen“ (wenn man Therapie treibt, ohne zu wissen, was für eine Krankheit eigentlich vorliegt). Er betont den Nutzen der Fiktionen für das ärztliche Wirken. Genauer befaßt er sich mit dem Begriff der Krankheit und der Abgrenzung von der Norm, mit dem Unterschied von „organischen“ und „funktionellen“ Krankheiten, mit den psychogenen Erkrankungen und den Geisteskrankheiten. Zum Schluß kommt er noch auf philosophische Fragen, wie Freiheit und Zweckmäßigkeit. *Kochs* Buch, kritisch gelesen, ist für den Arzt eine gute Anleitung, über die Grundbegriffe seiner Doktrin ins klare zu kommen. Besonders der Psychiater findet hier viel, was ihn angeht.

Populäres.

In zwanglosem Plaudern will *Beyer* (7) breiteren Schichten Wissen vom Seelischen vermitteln, indem er von dem Grundsatz ausgeht, daß man nicht einen Haufen Begriffe lehren soll, die erst später mit einem Inhalt erfüllt werden, sondern dazu erziehen soll, selbständig zu denken und selbst Begriffe zu bilden. Der Inhalt des fesselnd und faßlich geschriebenen Buches beschränkt sich nicht auf Psychologisches, erörtert vielmehr auch philosophische Grundbegriffe, Physikalisches und Theologisches. Traumleben und Suggestionswirkungen werden breit besprochen. Zu wünschen wäre dem Werk eine straffere Einteilung des Inhalts und größere Übersichtlichkeit. Auch das Fehlen von Inhaltsangabe und Register ist recht störend; denn die Überschriften über jeder Seite gewähren nicht genug Überblick. Das Werk wird sich gewiß Freunde erwerben, da es eine Fülle anregender Belehrungen bietet. — Ein anderes Buch von *Beyer* (8) beschäftigt sich mit der praktischen Intelligenz. Nach einigen einleitenden Kapiteln, welche die fehlerhaften Lehrmethoden der Schulen, die Stellung des Menschen als Staatsbürger, die Unterschiede im Seelenleben des Mannes und des Weibes, die Bedeutung der Intuition, den Wert von Logik und Mathematik u. a. behandeln, bespricht *B.* die Mängel der gangbaren Intelligenzprüfungsmethoden und die Vorzüge von Methoden, welche die Lösung praktischer Aufgaben verlangen. Er führt dann eine große Anzahl solcher Aufgaben an, die für manche Zwecke gewiß gut verwendbar sind. Gerade durch diese mit Bildern versehenen Beispiele ist das Buch außerordentlich interessant. —

In einem kleinen, aber inhaltreichen Büchlein bespricht *Ruttmann* (118) populär und unterhaltend, dabei doch wissenschaftlich und keineswegs oberflächlich, was wir vom Gedächtnis und seinen Störungen wissen. Er geht von *Semons* und *Bleulers* Anschauungen aus und schildert die verschiedenen Wege der Gedächtnisforschung. Sodann bespricht er, wovon eine gute Gedächtnisleistung abhängt und wie es zu Mängeln des Behaltens kommt. Er geht dann dem Vergessen näher nach und betrachtet es unter dem Gesichtspunkt, daß es eine nützliche Einrichtung, ein Schutz, ein Mittel zur Hebung des Geisteslebens ist. Ausführlich werden die krankhaften Gedächtnisstörungen, im Anschluß daran die medizinischen und psychologischen Mittel zur Besserung des Gedächtnisses und auch die mnemotechnischen Methoden besprochen. Es ist bedauerlich, daß dies wahrhaft bildend wirkende Werk in nicht ganz würdigem Gewande, vor allem in so augenmörderisch kleinem Druck erscheint. — In einer „Studie für Erzieher und Ärzte" sucht *Worthmann* (159) dem Laien das Seelenleben durch eine Analogie näher zu bringen. Er wählt dazu den Baum, der in organischer Weise wächst, gleichwie die Seele mit Hilfe des Gedächtnisses ein Wachstum zeigt, und führt den Vergleich im einzelnen durch. So behandelt er Wachstum und Verzweigung, treibende Kräfte (Verarbeitung der Erfahrungen), Triebe, individuelle Unterschiede, Blüten und Früchte (Sprache und Geistesfrüchte), Mann und Weib (Stamm und Schlingpflanze), Zucht u. a. Der Wert dieser weit getriebenen Vergleiche kann höchstens darin liegen, dem Laien manches faßlicher zu machen; etwas Gezwungenes haben sie immer. Es soll aber nicht verkannt werden, daß sich manche geistreichen Beziehungen

finden. — In gemeinverständlicher Weise bespricht *Muszyński* (99) die Erscheinungsformen der Leidenschaften, ihre Ursachen, Einteilung, moralische Wertung, ihre Bedeutung für die Entwicklung der Seele und die Abgrenzung der verschiedenen gebräuchlichen Ausdrücke (wie Affekt, Gemüt, Laster). Für den Laien wird dadurch eine Anregung zum Nachdenken und eine Einführung in die psychologische Begriffswelt gegeben. In seinem fortgesetzten Eifern gegen „moderne Psychologie" und unsere großen neueren Philosophen gibt Verf. selbst ein Beispiel, wie Leidenschaften das sachliche Denken trüben. Dadurch wird leider der wissenschaftliche und ethische Wert des Buches schwer geschädigt. Daß eine Zeitlang in der wissenschaftlichen Psychologie die tieferen Seelenvorgänge zu kurz gekommen sind, das hat gerade die „moderne Psychologie" erkannt und zu bessern gesucht. Die ethische Grundrichtung des Buches soll trotzdem anerkannt werden. — Den Abschluß möge ein erfreuliches Büchlein machen, das in Perthes' Bildungsbücherei erschienen und daher wohl für weitere Kreise bestimmt ist, seines strengen sachlichen Charakters wegen aber eigentlich unter die wissenschaftlichen Werke gehört, *Weinhandls* „Wege der Lebensgestaltung" (151). Er fußt hier nicht nur auf ethischen und pädagogischen Grundsätzen, sondern auch auf psychologischen Faktoren. Zur Lebensgestaltung fordert er zunächst eine Selbstklärung, und als vorzügliche Mittel hierzu bezeichnet er Selbstbeobachtung und Autopsychoanalyse; beiden legt er aber keine umfangreiche Bedeutung bei, da sie wissenschaftliche Schulung erfordern. Statt dessen empfiehlt er für die Masse der Menschen eine Kontrolle des eigenen Handelns und die Vertiefung in „maßstäbliche Zustände", d. h. in das Vorbild wertvoller Persönlichkeiten. Hierzu ist eine Einfühlung in fremdes Seelenleben unerläßlich. Man soll danach streben, schlechte Tendenzen durch gute zu ersetzen (Sublimation nach *Freud*). In einer scharfen Selbstkritik, die nicht blind glaubt, was plausibel erscheint, sieht er das beste Mittel, übertriebene Befürchtungen und Angstzustände zu „verharmlosen", auch hier wieder weist er auf die Erfolge der Psychoanalyse hin. Die Bedeutung psychologischer Momente betont er besonders für die Verwirklichung der Vorsätze; so z. B. die unbewußte Ausführung von Vorsätzen, Schädlichkeit krampfhafter Anstrengungen, suggestive Wirkungen, Mitspielen von Aufmerksamkeit, Ablenkung, Einstellung und dergl. Auch der Methode von *Coué* wird gedacht. Das Büchlein geht mit wissenschaftlicher Gründlichkeit vor und vermag dem, der ernsthaft einen Weg sucht, ein wertvoller Führer zu sein.

---

4. Psychotherapie und Suggestion.

Ref.: Carl Schneider, Arnsdorf.

1. *Adler*, *A.*, Fortschritte der Individualpsychologie. II. Teil. Internat. Ztschr. f. Individualpsychol. Nr. 3, S. 10. (S. 101*.)
2. *Baudouin*, *Ch.*, Die Macht in uns. Entwicklung einer Lebenskunst im Sinne der neuen Psychologie. Aus d. Französ. übers. v. P. Amann. Dresden, Sibyllen-Verl. 177 S.

3. *Derselbe*, Suggestion und Autosuggestion. Übers. v. P. Amann. 4. Aufl. Ebenda. 316 S. (S. 101*.)
4. *Bechterew, W.*, Über die Behandlung der krankhaften Triebe und Zwangszustände mit Neuerziehung durch Ablenkungstherapie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 237.
5. *Derselbe*, Vom Heilwert der geistigen Arbeit bei den an allgemeinen Neurosen Leidenden. Ebenda, Bd. 88, S. 49.
6. *Bjerre, P.*, Von der Psychoanalyse zur Psychosynthese. Aus d. Schwed. übers. v. H. Duve. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 25, H. 49/50, S. 263.
7. *Birnbaum*, Die Psychoanalyse vom Standpunkte der klinischen Psychiatrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 1788 u. Nr. 52, 1828. (S. 95*.)
8. *Blondel, Ch.*, La Psychoanalyse. Paris, Alcan. 251 S.
9. *Boltz, O. H.*, A case of manic-depressive reaction with psychic impotence. (Psychoanal.) Amer. journ. of psychiat. Bd. 4, H. 1, S. 57.
10. *Breukink, H.*, Nähere Mitteilung über die hypnotische Behandlung einiger Geisteskrankheiten. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. Jg. 68, 1. Hälfte, Nr. 9, S. 911.
11. *Brühl, N.*, Nachdenkliches über den Hypnotismus. Köln, J. P. Bachem. 56 S. 1,80 M. (S. 99*.)
12. *Christoffel, H.*, Die gegenwärtige praktische Bedeutung der Psychoanalyse für die Medizin und speziell für die Psychiatrie. Schweiz. med. Wschr. Nr. 20, S. 449. (S. 95*.)
13. *Costa, N.*, Über eine seltene Schlaferscheinung. (Psychoanal.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, H. 3/5, S. 336. (S. 97*.)
14. *Derselbe*, Zur Psychopathologie des Schlafes. (Psychoanal.) Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 1086. (S. 97*.)
15. *Coué, E.*, Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestion. (La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente.) Deutsch v. P. Amann. Basel, B. Schwabe u. Co. 2,80 M. (S. 100*.)
16. *Densow, F.*, Zur Frage nach dem Wesen der Hypnose. Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 1800. (S. 100*.)
17. *Deutsch, F.*, Zur Bildung des Konversionssymptoms. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 4, S. 380. (S. 96*.)
18. *Erhard, H.*, Hypnose bei Tieren. Gießen, A. Töpelmann. 32 S. 0,80 M. (S. 98*.)
19. *Ferenczi, S.*, Über forcierte Phantasien. (Aktivität i. d. Assoziationstechnik). Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 1, S. 6.
20. *Derselbe*, Versuch einer Genitaltheorie. (Internat. psychoanal. Bibl. Bd. 15.) Leipzig-Wien-Zürich, Internat. psychoanal. Verl. 128 S. 4,— M.
21. *Ferenczi, S.* u. *Rank, O.*, Entwicklungsziele der Psychoanalyse. (Neue Arb. z. ärztl. Psychoanal., herausg. v. S. Freud, H. 1). Leipzig-Wien-Zürich, Internat. psychoanal. Verl. 68 S. 2,— M.

22. *Flatau, G.*, Zur Frage der wissenschaftlichen Auffassung der Hypnose. Deutsche med. Wschr. Nr. 28 S. 952. (S. 99*.)
23. *Freud, S.*, Zur Einführung des Narzißmus. Leipzig-Wien-Zürich, Internat. psychoanal. Verl. 35 S. 1,20 M.
24. *Derselbe*, Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. Ebenda, 72 S. 2,— M.
25. *Derselbe*, Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie. Ebenda, 275 S.
26. *Derselbe*, Der Realitätsverlust bei Neurose u. Psychose. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 4, S. 374.
27. *Derselbe*, Neurose und Psychose. Ebenda, H. 1, S. 1. (S. 93*.)
28. *Derselbe*, Der Wahn und die Träume in W. Jensens „Gradiva". 3. Aufl. Leipzig-Wien, Fr. Deuticke. 87 S. 3,— M. (S. 95*.)
29. *Friedjung, J. K.*, Kinderpathologie und Erziehung. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 1611. (S. 96*.)
30. *Frink, H. W.*, Sammelreferat über die amerikanische psychoanalytische Literatur in den Jahren 1920—1922. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse Bd. 10, H. 1, S. 37.
31. *Galant, J. S.*, Halluzinatorische Analerotik (Beitr. z. Algohalluzinosislehre). Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5/6, S. 426. (S. 97*.)
32. *af Geijerstam, E.*, Einiges über das religiöse Gefühl und den Narzissmus vom psycho-synthetischen Gesichtspunkte. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. (Stekel) Bd. 1, S. 384.
33. *Gerster, K. W.*, Ein Beitrag zur Psychologie des Morphinismus an der Hand einer analytischen Studie. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. (Stekel) Bd. 1, S. 299.
34. *Giese, Fr.*, Psychoanalytische Psychotechnik. Imago Bd. 10, H. 1. (S. 96*.)
35. *Graßmann, K.*, Psychotherapie bei Herzkranken. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 619. (S. 93*.)
36. *Graven, Ph.*, Die aktive analytische Behandlung der Epilepsie. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. (Stekel) Bd. 1, S. 58.
37. *Gutheil, E.*, Ein Fall von Impotenz auf zwangsparapathischer Grundlage (Zählzwang). Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. (Stekel) Bd. 1, S. 311.
38. *v. Hattingberg, H.*, Zur Analyse der analytischen Situation. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 1, S. 34. (S. 93*.)
39. *Haupt, J.*, Weitere Beiträge zur Frage der Hypnosefähigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 4/5, S. 618. (S. 100*.)
40. *Derselbe*, Zur Frage nach dem Wesen der Hypnose. Deutsche med. Wschr. Nr. 44, S. 1510. (S. 100*.)
41. *Heberer*, Analyse eines Falles von 22 Jahre lang bestandener Epilepsie. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. (Stekel) Bd. 1, S. 170.
42. *Jolowicz*, Zwischen den Systemen der Psychotherapie. Dsch. Ver. f.

Psychiat. 1924, Ber.: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40, H. 5/6, S. 358.

43. *Juliusburger, O.*, Zur seelischen Behandlung. Blätt. f. Volksgesundhpfl. H. 4/5, S. 60.

44. *Jürgens, H.*, Couéismus und Neugeistpraxis. Prakt. Ratgeber f. geistige Selbstheilung. Pfullingen, J. Baum. 27 S. 0,60 M.

45. *Kaplan, L.*, Bruchstücke der Analyse einer Parapathie auf narzißtischer Grundlage. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. Bd. 1, S. 364.

46. *Kindborg, E.*, Ist die gegenwärtige wissenschaftliche Auffassung vom Hypnotismus richtig? Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 608. (S. 99*.)

47. *Klemperer, G.*, Suggestion und Autosuggestion. Therap. d. Gegenw. H. 1, S. 2 u. H. 2, S. 64.

48. *Kogerer, H.*, 1. Jahresbericht des psychotherapeutischen Ambulatoriums an der psychiatrisch-neurol. Universitätsklinik in Wien. Wien. klin. Wschr. Nr. 11, S. 255.

49. *Derselbe*, Über die „neue Schule von Nancy". Ebenda, Nr. 48, S. 1243.

50. *Koerber, H.*, Die Psychoanalyse. (Wege z. Wissen, 12.) Berlin, Ullstein. 133 S. 0,85 M. (S. 97*.)

51. *Kronfeld, A.*, Hypnose und Suggestion. (Wege z. Wissen, 11.) Berlin, Ullstein. 158 S. 0,85 M. (S. 98*.)

52. *Derselbe*, Psychotherapie, Charakterlehre — Psychoanalyse — Hypnose — Psychagogik. Berlin, J. Springer. 260 S. 9,— M. (S. 92*.)

53. *Laforgue, R., et Allendy, R.*, La psychanalyse et les neuroses. Paris, Payot. 251 S. 15,— Frcs.

54. *Lapotre, A.*, Méthode pratique d'hypnotisme. Paris, Le Soudier. 120 S.

54 a. *Levi Bianchini*, Difesa della psicoanalisi. Arch. gener. di neur. usw. 1923/24, Bd. IV/V. (S. 97*.)

55. *Levy-Suhl*, Ist die gegenwärtige wissenschaftliche Auffassung vom Hypnotismus richtig? Deutsche med. Wschr., Nr. 25, S. 893. (S. 99*.)

56. *Liepmann, W.*, Gynäkologische Psychotherapie, ein Führer für Ärzte und Studierende. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 208 S. 7,50 M. (S. 92*.)

57. *Lungwitz, H.*, Über Psychotherapie, besonders Psychoanalyse. Fortschr. d. Med. Nr. 1, S. 5. (S. 97*.)

58. *Maag, P.*, Geschlechtsleben und seelische Störungen. Beiträge zur Neurosenlehre u. zur Kritik d. Psychoanalyse. Pforzheim, Zutavern-Verl. 276 S. 7,— M.

59. *Mac Aree, J. V.*, Sex and its influence in the causation of mental psychoses. (Psychoanal.) Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 24 Suppl., S. 418.

60. *Maeder, A.*, Der Arzt als therapeutischer Faktor in der Psychotherapie. Schweiz. med. Wschr. Nr. 21, S. 473. (S. 95*.)

61. *Marbe, K.*, Über Persönlichkeit, Einstellung, Suggestion und Hypnose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 359. (S. 99*.)

62. *Marjasch, J.*, Kasuistische Mitteilungen zum Kapitel: Psychotherapie in Krankenanstalten. Schweiz. med. Wschr. Nr. 52, S. 1196. (S. 97*.)
63. *Mißriegler, A.*, Zur Psychogenese der Narkolepsie. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. Bd. 1, S. 217.
64. *Moll*, Der Hypnotismus. 5. umg. u. verstärkte Aufl. Berlin, Fischers med. Buchhandl. 744 S. 18,— M. (S. 97*.)
65. *Moos, E.* Die Lösung spastischer Zustände unter Einwirkung der Psychotherapie. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 99, H. 4/6, S. 371.
66. *Morgan, J. J. B.*, The nature of suggestibility. Psychol. review Bd. 31, Nr. 6, S. 463.
67. *Mosse, K.*, Die Hypnose im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderhk. Bd. 25, S. 486. (S. 100*.)
68. *Derselbe*, Über die Hypnose beim Kinde. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 835. (S. 100*.)
69. *Neumann*, Der Hypnotismus in der Praxis des Arztes. Fortschr. d. Med. Nr. 13, S. 163.
70. *Nunberg, H.*, Über Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 1, S. 17. (S. 93*.)
71. *Odier, Ch.*, Les contre-indications et les indications de la psycho-analyse. Rev. méd. de la Suisse romande Nr. 2, S. 83.
72. *Pagenstecher, G.*, Außersinnliche Wahrnehmung. Halle a. S., Marhold. 109 S.; 2,50 M. (S. 101*.)
73. *Pfister, O.*, Die psychoanalytische Methode. (Pädagogium Bd. 1.) 3. stark umgearb. Aufl. Leipzig, J. Klinkhardt. 585 S. 20,— M. (S. 93*.)
74. *Plesch, J.*, Die psychophysische Reaktion als Heilfaktor. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 198.
75. *Pototzky, C.*, Über Suggestion und Suggestionsbehandlung im Kindesalter. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 838. (S. 100*.)
76. *Pulido, A.*, Autopsychotherapie. El siglo med. Bd. 71, Nr. 3681.
77. *Raimann, E.*, Zur Psychoanalyse. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 97 S. 2,40 M.
78. *Rank, O.*, Eine Neurosenanalyse in Träumen. (Neue Arb. z. ärztl. Psychoanal. Nr. 3.) Leipzig-Wien-Zürich, Internat. psychoanal. Verlag. 231 S.
79. *Reich, W.*, Über Genitalität vom Standpunkt der psychoanalytischen Prognose und Therapie. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, Nr. 2, S. 164.
80. *Reichmann, Fr.*, Über Psychoanalyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 23, S. 758. (S. 95*.)
81. *Römer, C.*, Beiträge zur Behandlung der Psychoneurosen. Klin. Wschr. Nr. 9, S. 354. (S. 97*.)
82. *Derselbe*, Zur Kenntnis der Gefahren in der Behandlung der Psychoneurosen. Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 1117. (S. 97*.)
83. *Rühle-Gerstel, A.*, Freud und Adler. Elementare Einführung in Psycho-

analyse u. Individualpsychologie. Dresden, Verl. Am andern Ufer. 102 S. 2,50 M.
84. *de Saussure, R.*, Die französische psychoanalytische Literatur in den Jahren 1920—1922. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 1, S. 87.
85. *de Sauvage-Nolting, W. J. J.*, Über Verfolgungswahn beim Weibe. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 3, S. 300.
86. *Schilder, P.*, Zur Lehre von der Somnambulhypnose. Med. Klin. Nr. 25, S. 856.
87. *Schmitz, K.*, Gefahren in der Behandlung der Psychoneurosen. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 1612.
88. *Schulhof, Fr.*, Couéismus. Die Kunst der Selbstüberredung als eine neue psychische Behandlungsmethode. 2. Aufl. Wien, M. Perles. 38 S. 1,30 M. (S. 101*.)
89. *Schultz, J. H.*, Die aktuellen Probleme der Psychotherapie. (Span.) La medicina germ.-hisp.-amer. Nr. 7, S. 572.
90. *Derselbe*, Psychotherapeutische Ratschläge für die Praxis. 1. Wie ist die Behandlung nach Coué zu beurteilen und auszuführen? Fortschr. d. Ther. Nr. 2.
91. *Derselbe*, Suggestion und Hypnose. (Der nervöse Mensch, Bd. 12.) Prien, Anthropos-Verl. (s. S. 215*, Nr. 73.) 81 S. 1,50 M. (S. 98*.)
92. *Derselbe*, Taschenbuch der psychotherapeutischen Technik. (Fischers therap. Taschenb., Bd. 12.) Berlin, Fischers med. Buchh. 184 S. 3,50 M. (S. 91*.)
93. *Derselbe*, Die direkte rationelle Suggestivtherapie mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung bei intellektuell hochstehenden Patienten. (Span.) Medic. germ.-hisp.-amer. Nr. 8, S. 685.
94. *Derselbe*, Zur Psychopathologie und Psychotherapie amnestischer Zustände. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 89, H. 1/3, S. 107. (S. 93*).
95. *Schwartz, L.*, Neue Wege und Irrwege der Psychotherapie. Schweiz. med. Wschr. Nr. 33, S. 743.
96. *Serog, M.*, Die Suggestibilität, ihr Wesen und ihre experimentelle Untersuchung nebst einer neuen Methode der Suggestibilitätsprüfung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5, S. 439. (S. 98*.)
97. *Stekel, W.*, Der epileptische Symptomenkomplex und seine analytische Behandlung. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. Bd. 1, S. 17. (S. 93*.)
98. *Derselbe*, Die Polyphonie des Denkens. Ebenda S. 1. (S. 93*.)
99. *Derselbe*, Eine merkwürdige Schlafstörung. Ebenda S. 203. (S. 93*.)
100. *Derselbe*, Ein Fall von Katalepsie. Ebenda S. 288. (S. 93*.)
101. *Derselbe*, In memoriam Herbert Silberer †. Ebenda S. 408. (S. 93*.)
102. *Derselbe*, Psychotherapie, medizinische Psychologie und Sexualwissenschaft. (Sammelref.) Med. Klin. Nr. 6, S. 187 u. Nr. 7, S. 220.

103. *Szulczewski, Br.*, Recherches sur l'âme enfantine en hypnose. Arch. de méd. des enfants. Bd. 27, Nr. 9, S. 513.
104. *Tiling, E.*, Zur Frage der Anwendung psychoanalytischer Anschauungen bei klinischer Betrachtungsweise. (Bem. zu d. Aufs.: „Über Depersonalisation" v. H. Giese.) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1/3, S. 78. (S. 97*.)
105. *Tramer, M.*, Zur psychodynamischen Beziehung von Psychoanalyse und Schizophrenie an Hand eines Falles. Schweiz. med. Wschr. Nr. 12, S. 273 u. Nr. 20, 466. (S. 96*.)
106. *Tremmel*, Komplexreizmethode. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. Bd. 1, S. 354.
106a. *Treves, M.*, Socrate psicoanalista e psicoterapeuta. Rivista sperim. di frenet. Bd. 48, fasc. I/II. (S. 97*.)
107. *Unger, W.*, Psychotherapeutische Erfahrungen und Überlegungen. Klin. Wschr. Nr. 49, S. 2243. (S. 95*.)
108. *Urbantschitsch, R.*, Psychoanalyse, ihre Bedeutung und ihr Einfluß auf Jugenderziehung, Kinderaufklärung, Berufs- und Liebeswahl. Wien-Leipzig, M. Perles. 46 S. 1,30 M. (S. 97*.)
109. *Wanke, G.*, Psychoanalyse, Geschichte, Wesen, Aufgaben und Wirkung. Halle a. /S., C. Marhold. 320 S. 6,50 M. (S. 94*.)
110. *Wells, W. R.*, Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. 18, Nr. 4, S. 389.
111. *Westerman Holstijn, A. J.*, Professor G. Jelgersma und die Leidener psychiatrische Schule. Internat. Ztschr. f. Psychchoanl. Bd. 10, H. 3, S. 253.
112. *Wittels, Fr.*, Eine Epilepsie-Analyse. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanal. Bd. 1, S. 178.
113. *Derselbe*, Eine Schlafhandlung und deren Folgen. Ebenda S. 271.
114. *Derselbe*, Ein kastrierter Bräutigam. Ebenda S. 349.
115. *Derselbe*, Siegmund Freud, der Mann, die Lehre, die Schule. Leipzig-Wien-Zürich, E. P. Tal u. Co. 249 S. 6,50 M. (S. 94*.)
116. *Zulliger, H.*, Unbewußtes Seelenleben. Die Psychoanalyse Freuds in ihren Hauptzügen. 3. Aufl. Frankhsche Buchhandlg., Stuttgart. 88 S. 1,20 M. (S. 94*.)

a) Psychotherapie.

J. H. Schultz (92). Kurze Einführung in die Hauptpunkte der Psychotherapie für „Fortgeschrittenere", die sich durch flüssige anschauliche Schreibweise und gemäßigte Stellungnahme zu den gangbaren Richtungen auszeichnet. Es ist kein wesentlicher Gesichtspunkt unberücksichtigt. Die Hypnose, ihre Technik, Formen, Anwendungsweise, Symptome, Wachpsychotherapie, hier mit Betonung der Übungstherapie auch des Gedächtnisses, Psychokatharsis, Psycho-

analyse (in Entwicklung, Technik und Schulen) werden kurz, aber klar dargelegt. Eine Indikationstabelle beschließt das Buch.

W. Liepmann (56). In den Geist des Buches führt am besten ein kurzer Überblick über die wesentlichsten Inhalte. In den ersten Kapiteln wird unter Anschluß an *Kretzschmer*, *Kronfeld*, *Freud*, unter Heranziehung der Arbeiten *Köhlers* über Menschenaffen, *Prinzhorns* über die Bildnerei der Geisteskranken, der Völkerpsychologie usw. eine Psychologie der „Ausdrucks-", „Abbildungs-" und Unterbewußtseinsvorgänge mit Seitenblicken auf die Biologie auch der niederen Organismen gegeben. Dann folgt ein Kapitel über Geschlechtspsychologie, das das „Gesetz vom dreifachen Grunde in der Psychologie des Weibes" nach Art des bekannten *L.*schen Buches die „Psychologie der Frau" wiedergibt. Daran schließt sich die Schilderung der Konstitutionstypen *Kretzschmers* und der typischen Umwelteinflüsse auf dieselben. Als wesentlich psychisch bedingte gynäkologische Erscheinungen werden im Anschluß an *Walthard*, teilweise an *Kehrer* dargestellt: Fluor albus, Dysmenorrhoen, Dyspareunie, Vaginismus, Sensationen, als ob Prolaps bestünde u. ä. Die Diagnose und Therapie werden zum Schluß erörtert, letztere im Anschluß an die üblichen Lehrmeinungen unter Heranziehung *Freuds* und der Narkohypnose.

A. Kronfeld (52). Den Inhalt dieses wertvollen Buches, das eine der bedeutendsten Neuerscheinungen der psychiatrischen Literatur darstellt, in einem kurzen Auszug wiederzugeben, ist ganz unmöglich. Überall, auch bei der Behandlung der theoretischen Fragen wahrt *K.* volle Lebensnähe. Von besonderer Bedeutung erscheint mir der 1. Hauptteil des Buches. Noch nirgends sind die wesentlichen Grundtheoreme der modernen Psychiatrie, ihre allgemeinen psychologischen und biologischen Voraussetzungen und so zahlreiche verständliche Zusammenhänge und Entwicklungen in so übersichtlicher, knapper und anschaulicher Weise bei gleichzeitigen Neuerkenntnissen dargestellt worden. Überall spricht hier nicht nur weitgehende Kenntnis der Literatur, sondern vor allem der mit dem Leiden seiner Kranken und dessen Entstehungsweise vertraute, mitfühlende Arzt und der menschlich hochstehende einfühlende Psychologe. Gegenüber der Höhe dieser Abschnitte fällt das Kapitel über den Aufbau klinischer Krankheitsbilder ab. Mir erscheint zweifelhaft, ob es im organischen Zusammenhang des Buches überhaupt nötig war.

Nicht minder wertvoll als die Charakterlehre ist die Darstellung der Psychotherapie. Sinn und Ziel der Psychotherapie, der seelische Einfluß des Arztes, Psychoanalyse, Persuasion, Hypnose und Suggestion in Theorie und Anwendung, und zum Schluß die Psychagogik werden eingehend dargelegt. Überall ist hier die große Erfahrung des Autors erkennbar.

Die Psychagogik als die Lehre von der ärztlichen Erziehung des von seinen psychischen Symptomen befreiten oder des einfach Nervös-Kranken wird hier wohl zum ersten Male dargestellt. Die Psychagogik des Selbstwerterlebens, Zwangskranker, erotischen Trieblebens, der Perversionen und traumatischer Situationen wird genauer besprochen.

Grassmann (35). Schilderung der ängstlichen hypochondrischen Stimmungslage vieler Herzkranker, deren Zusammenhang mit der „Herzangst" und deren Auswirkung auf das Leidenserlebnis des Kranken. (Daß auf alle deprimierten Herzkranken eine „gute Dosis Mutterwitz" und „gelassene überlegene Heiterkeit" immer günstig wirke, ist wohl zu bezweifeln. Ref.)

Kinder leiden oft sehr wenig selbst unter schweren Herzleiden. Hinweis auf entsprechende Beeinflussung der Angehörigen auch bei Erwachsenen. Es werden dann einzelne Ratschläge gegeben, vor allem eine Psychagogik empfohlen, vor genauer Mitteilung der Diagnose gewarnt. Mit Recht sagt *G.*, daß sich die psychotherapeutische Kunst des Arztes erst in den Fällen richtig zeigt, deren hoffnungsloser Verlauf sicher ist.

J. H. Schultz (94). Mitteilung zweier interessanter Fälle von Amnesie (einer nach Atropinvergiftung) und deren Behebung durch psychotherapeutisches Verfahren. *Sch.* behandelt ausführlich unter Heranziehung der neueren Literatur die Schwierigkeiten der Probleme des Gedächtnisses, des normalen und pathologischen Vergessens, betont die Möglichkeit, daß psychogene Mechanismen sich „unterschwelliger", organischer Funktionszusammenhänge bedienen, und weist auf die innere Desorientierung Amnestischer hin.

b) Psychoanalyse.

Der 1. Band der Fortschritte der Sexualwissenschaft und Psychoanalyse (97—101) bringt zunächst Psychoanalysen des genugsam bekannten Stils von Epilepsien. Die Epilepsie wird als psychogenes Leiden, der Anfall als Schuldsymbol usw. aufgefaßt. Weitere Aufsätze behandeln die Katalepsie, Psychologie des Morphinismus, nervöse Impotenz, religiöses Gefühl und Narzissmus, das Andenken *Herbert Silberers*. Wie in allen psychoanalytischen Schriften findet sich auch hier mancher richtig gesehene psychische Zusammenhang dargestellt, aber stets umwuchert von der üblichen Phantastik und Panerotik.

Der 11. Band der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse, Heft 1, bringt neben Sammelreferaten über die amerikanische und französische psycho-analytische Literatur einen kurzen Aufsatz von *Freud* (27), über Neurose und Psychose, *Nunberg* (70) über Depersonalisationszustände im Lichte der Libido theorie, *Hattingberg* (38) über die Analyse der psychoanalytischen Situation.

Das nunmehr in 3. Auflage vorliegende Werk von *Pfister* (73) stellt meines Wissens die einzige Bearbeitung der Psychoanalyse dar, welche bei allem Anschluß an die Grundbegriffe *Freuds* psychoanalytisches Tatsachenmaterial und Begriffe nach selbständigen Gesichtspunkten und unabhängig von dem üblichen Schema darzustellen versucht. In drei Hauptteilen werden Theorie der Psychoanalyse, ihre Technik und ihre Bedeutung für die Pädagogik unter Heranziehung zahlreicher eigener (wie ich glaube, allerdings nicht immer überzeugender) Beobachtungen besprochen. Die Theorie behandelt die Verdrängung und Fixierung und die Rückwirkungen (Manifestationen) dieser Vorgänge. Im einzelnen werden dabei Wirklichkeit und Innenleben als Verdrängungsfaktoren und deren Verhältnis, deren infantile Wurzeln und der Prozeß der Verdrängung besprochen. Die Lehre von

den Manifestationen umfaßt die Darstellung der intellektuellen Symptome (z. B. Regression, Verdichtung, Déjà vu u. a.), deren Inhalt und Symbolik, Sublimierung, die Manifestationsgebilde (z. B. Launen, Träume, Halluzinationen usw.), Symptomhandlungen. Wertvoll sind im 2. Teil besonders die Abschnitte über die Vorbedingungen zur Psychoanalyse und Pädanalyse. Mir will allerdings scheinen, daß hier eine einfühlende Darstellung ohne die Zwangsjacke der Psychoanalyse den sachlichen Erfordernissen der verstehenden Psychologie besser entspräche, wie überhaupt gerade an der *Pf.*schen Darstellung viele Einseitigkeiten und Lücken der *Freud*schen Lehren besonders klar hervortreten. Ich glaube immer noch, daß man auch ohne Psychoanalyse ein guter verstehender Psycholog und Erzieher werden kann. Immerhin kann gerade das *Pf.*sche Buch, eben weil er selbständig vorgeht und reiches Material bringt, auch für den der Psychoanalyse Fernstehenden zum Studium dringend empfohlen werden.

H. Zulliger (116). Populäre Darstellung der bekannten *Freud*schen Gedankengänge. Die Selbstverständlichkeit, mit der *Fr.*s Lehre als allseitig gesicherte Lehre vorgetragen wird, dazu noch in der natürlich unumgänglichen Schematisierung und Verwässerung, ist eine große Gefahr. Das Beste sind die z. T. wörtlich aus *Fr.* übernommenen Partien. Das Buch wird vom Laienpublikum sicher viel gekauft werden, schon um des aufreizenden Titelbildes willen.

G. Wanke (109). Das Buch verspricht mehr als es hält. Der Laie (ich kenne Laien, die dadurch sehr enttäuscht waren) erfährt von den eigentlichen Gedankengängen der Psychoanalyse sehr wenig, am wenigsten von den Lehren *Freuds*. Dagegen wird in ermüdender Breite eine Art Apologie der Psychoanalyse dargelegt mit Anführung zahlreichster Zitate aus der Weltliteratur, die die Richtigkeit der Lehre vom Unbewußten und von der Verdrängung beweisen sollen. Noch größeren Raum nehmen Schilderungen von Patienten über die Erfolge psychoanalytischer Behandlung durch den Verfasser ein. Diese Partien erinnern lebhaft an die „Dankschreiben“ gewisser Inserate. Die Psychagogik des Verfassers ist platt, langatmig und langweilig: z. B. „Die Psychagogik hat denselben Wert und dieselbe Wichtigkeit wie der Sauerstoff. Wie dieser muß auch sie alles Lebende durchdringen, muß alles lebend und lebensfähig erhalten. Die Aufgaben der Psychagogik sind außerordentlich zahlreich, sind unbegrenzt. Sie sind überall da, wo Menschen leben und mit Menschen leben müssen. Die psychagogische Erziehung geht auf in dem, was man Volksgesundheitspflege nennt.“ Als kennzeichnend für das Buch mag noch erwähnt werden, daß *Bumke* als Kronzeuge für die Psychoanalyse zitiert wird.

F. Wittels (115). Das Buch ist eine Art kurzer Biographie unter Voranstellung der Entwicklung und des Ideengehalts der Lehre *Freuds*, zum Teil mit kritischen Randbemerkungen, im großen und ganzen aber in deutlicher Abhängigkeit von *Fr.* Der Stil erscheint mitunter gewollt dunkel, soll viel sagen. Interessant und amüsant sind die Plaudereien aus der Schule, vor allem über die Referatabende bei *Fr.*, die Geschichte der Verdammung *Adlers*, *Jungs*, *Steckels* — letzteren schätzt Verfasser besonders hoch ein. Trotzdem merkt man etwas vom überragenden Einfluß *Fr.*s auf seine Schule und bekommt ein anschauliches Bild seiner Persönlichkeit, wobei dahingestellt bleiben muß, inwieweit es der Wahrheit entspricht.

S. Freud (28). 3. Auflage der bekannten liebenswürdigen und feinsinnigen Schrift *Freuds*, in deren gewandter Darstellung die Härten und Lücken der *Fr.*schen Lehre am wenigsten hervortreten und die als Einführung in die Psychoanalyse fast mehr zu empfehlen ist, als alle anderen Schriften *Fr.*s.

H. Christoffel (12). Verfasser erörtert die Gründe für die allgemeine Ablehnung der Psychoanalyse, zieht geschichtliche Parallelen zu ebenfalls anfangs bestrittenen Entdeckungen. Sodann weist er darauf hin, daß *Freuds* Lehre doch eine wesentliche Vertiefung unserer psychologischen Kenntnisse bei Psychosen gebracht habe (*Bleuler*!) und auch, richtig durchgeführt, unser therapeutisches Können erweitere. Er betont, daß die Psychoanalyse der Neurosen in erster Linie ärztliche Aufgabe ist, und verlangt Psychoanalyse-Unterricht für Mediziner. Die Begründung im einzelnen lehnt sich eng an *Fr.* an.

W. Unger (107). Mitteilung zweier nach psychokathartischer Methode symptomfrei gemachter Fälle, danach kurze Auseinandersetzung mit *Freud*. Verfasser glaubt in der Annahme der inhaltlichen Determinierung alles Seelischen, des Unbewußten und der psychodynamischen Trieblehre die wesentlichen Fortschritte sehen zu können, die die Psychoanalyse gebracht hat. Er bekämpft die Panerotik, den Dogmatismus und die klassische Technik der Psychoanalyse und schildert an 3 Fällen, wie man die langwierige psychoanalytische Technik bei Kenntnis psychoanalytischer Grundlehren unter Zuhilfenahme auch sonst in der Psychotherapie üblicher Methoden abkürzen könne, ein Weg, den neben *Fr.* auch andere Psychoanalytiker neuerdings beschritten hätten.

Birnbaum (7). Dieser erste Teil einer längeren Aufsatzreihe beschäftigt sich mit den sog. „Fehlleistungen". *Birnbaum* betont, daß in den analytischen Bemühungen um diese Phänomene, in der Affektdynamik, in der Hinwendung zur Individualpsychologie wertvolle allgemeine Richtpunkte durch die Psychoanalyse gegeben worden sind.

F. Reichmann (80). Kurzer orientierender Überblick über die Grundlehren der Psychoanalyse (Vortrag).

A. Maeder (60). Polemische Ausführungen gegen Rationalismus und Dogmatismus in der modernen Medizin leiten den Aufsatz ein. *Maeder* wünscht größeren Weitblick im Verkehr mit den Laienbehandlern. Die ärztliche Kunst, verstanden als Vereinigung des Fachwissens mit aus überragender Persönlichkeit des Arztes entspringender psychotherapeutischer Note, ist bei den wirklichen ärztlichen Könnern angeboren. Diese sind die Menschen, denen schon als Kinder der Trieb zum Heilen und Helfen und die taktvolle Beherrschung der Leidenssituationen anderer gegeben ist. Auch ist die Psychotherapie altes Kulturgut der Menschheit (Medizinmänner!). Die Ausübung der „ärztlichen" Kunst erfolgt in 3 Phasen: der „Einfühlung" in das Leiden des Kranken (geradezu oft gegeben in mißlichen Organempfindungen des Arztes). Hier soll sich aber der Arzt Zeit nehmen und nicht ermüdet sein. Der „Umwandlung" des Leidenserlebens im Innern des Arztes auf Grund willentlicher Entscheidung zur Bewältigung der durch das Leidenserleben eröffneten Probleme herauswachsend aus eigenem Erleben des Arztes und der

„Auswirkung", dem „Zusammenarbeiten" zwischen Arzt und Kranken unter ärztlicher Führung.

M. zieht in seinen Darlegungen auch *Ossendowskis* Werk, „Tiere, Götter und Menschen" und dessen tibetanische Schilderungen heran. Nach der glänzenden Abfuhr, die *O.* durch *Sven Hedin* letzthin erhalten hat, darf man dem Hinweis auf den allgemeinen Wert der in *O.*s Buch geschilderten tibetanischen Verhältnisse skeptisch gegenüberstehen.

Giese (34). Nach allgemeinen Erörterungen über die Möglichkeit, auch die Wirtschaftspsychologie durch psychoanalytische Gesichtspunkte zu vertiefen, bespricht Verf. als Beispiele die „erotisierte Reklame". Reklame geht z. T. darauf aus, „Vorlust" zu wecken. Sie kann sich dazu der Hilfsmittel optischer, akustischer und motorischer Rhythmisierung bedienen. Es werden eine große Zahl typischer Reklamen (z. B. Verwendung weiblicher Gestalten bei verschiedenen Branchen) als unbewußte Erotisierungen verstanden. Sinnfälligkeit wird dabei durch zweckmäßige Anordnung der Reklamemittel oder durch Weckung emotionaler Unterströmungen erzielt (Schadenfreude u. ä.). Auch hier werden zahlreiche Beispiele und Gegenbeispiele gegeben. Der 2. Teil behandelt die psychologische Eignungsprüfung, Berufskunde, Materialgefühl, Berufswahl. Es wird die Möglichkeit gezeigt, auch hier durch Anwendung psychoanalytischer Grundsätze zu einer Vertiefung des Verständnisses zu kommen. Z. B. für die Berufswahl hat *Stekel* gezeigt, daß dabei 5 Typen in Frage kommen: Vateridentifizierung, Differenzierung zum Vater, Sublimierung der Triebe (z. B. Chirurg, Fleischer), Stehen im Dienste „unterbewußter" Neigungen (Fußfetischist, der Pedikure treibt) (Warum das gerade unterbewußte Neigung sein soll, wo der Mann, wie *Giese* angibt, um seine Perversität weiß?), schließlich narzistische Neigungen (z. B. Richter, der das Niederhalten eigner moralischer Schwäche im Beruf meistern will).

Friedjung (29). Hinweis auf den Wert psychoanalytischer Theoreme für das Studium der Entwicklung des Einzel-, des Lieblingskindes und des Aschenbrödels.

Tramer (105). Mitteilung eines Falles, der beweisen soll, daß Ausübung der Psychoanalyse die Entwicklung einer Schizophrenie fördern kann. Die Ausführungen des Autors sind nicht ganz klar z. B.: „Die durch das psychoanalytische Verfahren bedingte Verstärkung der projektiven und spaltenden Tendenz und damit der Funktion kann nun, wenn man sich nahe der Grenze der Korrekturfähigkeit befindet, zu einem so tiefen Spalt führen, daß eben die Korrektur, das Wiedereinwachsen, Reintegrieren des Komplexes in das Ich verunmöglicht wird. Der Spalt, den wir hier meinen, ist einer, der senkrecht durch die psychischen Schichten hindurch geht" usw.

F. Deutsch (17). Versuche die Bildung und Lokalisation organischer Symptome (Fall von Claudicatio intermittens? Ref.) von psychoanalytischen Gesichtspunkten aus zu verstehen. Der Fall erinnert an *Kehrers* Beobachtungen über Affinität psychogener Mechanismen an Organen mit leichten Defekten und ist wohl analog, ohne die Spekulation des Verfassers, zu deuten.

E. Tiling (104). Bemerkungen zu einem Aufsatz von *Giese*: Über Depersonalisation (an gl. Orte Bd. 81, S. 62 ff.).

N. Costa (13, 14). Mitteilungen eines Falles von unbewußtem nächtlichen Kauen und Nagen am Bettzipfel von frühester Kindheit auf. Der Fall soll *Freuds* Lehre von der Munderotik beweisen.

J. S. Galant (31). Spekulative Erörterungen über einzelne Stellen aus *Schrebers* Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken.

C. Römer (82). An Hand eines ausführlich dargestellten interessanten Falles wird auf die Gefahren schematischer Traumdeutungen und des Hineinanalysierens hypothetischer Schuldgefühle in empfindliche Menschen hingewiesen.

C. Römer (81). Eingehende Schilderung von 3 Fällen mit psychoanalytischer Behandlung, die die Existenz *Freud*scher Mechanismen nahelegen.

Marjasch (62) stellt einige psychoanalytisch gebesserte Nervöse zu kurzer Besprechung nebeneinander.

Lungwitz (57) hebt in gedrängter Kürze als wesentliche Grundbegriffe der Psychoanalyse hervor: „Versagung", Symbolbildung, „freies Assoziieren" usw.

Koerber (50). Das Buch stellt in populärer Fassung die wesentlichen Grundbegriffe der Psychoanalyse in engem Anschluß an *Freuds* Lehren zusammen. Die neuere Metapsychologie *Fr.*s wird dabei nicht mit einbezogen. Es werden, ohne die Übertreibungen gewisser Psychoanalytiker mitzumachen, in maßvoller Form, aber in typischer psychoanalytischer Gedankenführung besprochen: Unbewußte Sexualität, Traum, Fehlleistung, Affekt und Temperament, Verdrängung und Neurose, Sexualität und Schuldgefühl, Selbstbeschuldigung und Selbstbestrafung, Bisexualität, Sexualität der verschiedenen Entwicklungsstufen, Trieblehre, Psychoneurosen, Symbolik. Methodik und Technik. Für den Psychiater keine neuen Gedanken.

Urbantschitsch (108). Populärer Einführungsvortrag in die Psychoanalyse. Da man Psychoanalyse erleben müsse, stellt *U.* an der Hand von 3 Fällen die typischen Gedankengänge *Freuds* anschaulich und ohne Übertreibungen dar. Für den Psychiater nichts Neues.

Levi Bianchini (54 a) verteidigt mit der ganzen Glut und Überzeugung eines Südländers die Psychoanalyse, ohne irgendein nennenswertes neues Argument anzuführen. (*Révész.*)

Treves (106 a) spricht von Sokrates als dem Vorläufer aller Psychoanalytiker. Während nun Sokrates einen Dualismus zwischen Seele und Körper annahm, ging *Freud* dieser falschen Ansicht aus dem Wege, verfiel aber in einen anderen Fehler, nämlich als Ursache vieler neurotischer und psychotischer Zustände Anomalien der Sexualität anzunehmen. (*Révész.*)

c) Hypnotismus, Okkultismus und Verwandtes.

Moll (64). Die neue Auflage des ja schon seit langem bekannten Werkes ist dem neuen Stand der Lehren angepaßt. Sein reicher, alle Gebiete der Lehre von der Hypnose gleichmäßig umfassender Inhalt kann in einem kurzen Referate natürlich nicht wiedergegeben werden. Nur einzelnes sei herausgegriffen: Der

Suggestionsbegriff wird von *Moll* eng gefaßt, der hypnotische Zustand von seinen Analogien aus, ohne physiologische oder psychologische Hypothesen verständlich zu machen gesucht. Die Psychotherapie wird über den Rahmen der Hypnose hinaus sehr eingehend besprochen; ganz neu hinzugekommen ist ein Abschnitt über Psychoanalyse. *M.* verhält sich ihr gegenüber ablehnend, er betont nur, daß die Psychoanalytiker manches Veraltete umgestoßen und unser Wissen durch Kritik an hergebrachten Meinungen gefördert haben. Vom Heilwert der Psychoanalyse als solcher hält er nicht viel, mitunter bilde sie sogar eine Gefahr. Die Beziehungen der Hypnose zur Forensik, zur Psychologie, zur Kunst u. a. werden eingehend beleuchtet. Von besonderem Interesse ist die Darstellung des Okkultismus, mit dem *M.* seit langem sich beschäftigt. *M.* unterzieht fast alles Okkultistische einer eingehenden methodischen und sachlichen Kritik und kommt zu dem Ergebnis, daß beweiskräftige Tatsachen vorläufig nicht existieren. Man findet in diesem „Handbuch" jede Einzelheit besprochen, so daß es für den auf dem Gebiete des Hypnotismus Tätigen unentbehrlich ist.

Schultz (91) stellt zunächst die häufigsten Irrtümer über Suggestion und Hypnose zusammen, gibt eine gedrängte Schilderung der Motive zu derartigen Irrtümern (z. B. Ängstlichkeit, erotische Motive). Wesen und Technik beider Verfahren werden in klarer Weise besprochen und einige Indikationen gegeben. Wesentlich ist die Betonung der Erziehungsaufgabe des Arztes am Patienten und dessen Selbsterziehung in einem Heft, das sich an den „Nervösen" selbst wendet.

Kronfelds (51) kleines Buch über Hypnose behandelt in übersichtlicher Darstellung die wesentlichen Tatsachen und Theorien von Hypnose und Suggestion, seinen Ausführungen in seiner Psychotherapie entsprechend. Gemäß der aufklärenden Tendenz des Heftchens werden Hypnoseschäden bei Laienhypnosen und Hypnoseschwindel besonders nachdrücklich besprochen.

H. Erhard (18). Verfasser teilt nach kurzer Darlegung der einschlägigen Literatur eigne Versuche mit: Es lassen sich nur Hühner auf eine der menschlichen Hypnose ähnliche Methode in „echte" Hypnose versetzen und zwar durch Lichtkegel im Dunkelzimmer, Vorhalten eines glänzenden Ringes und Beschatten der Augen und durch rhythmisches Heben und Senken. Alle anderen Tiere (einschl. gerade der höheren Säuger), bei denen von Hypnose gesprochen wird, sind gegen „menschliche" Hypnotisierungsmethoden unempfindlich, zeigen vielmehr nur die „Akinese" durch gewaltsames Festhalten, und zwar findet sich hier stets wenigstens temporäre Hypertonie. Die tonische Akinese des Frosches ist nach *E.* kein Lagereflex, sondern unabhängig von der Lage und von der Abwehrspannung der Muskeln, wie Verf. an entsprechenden Versuchen zu beweisen versucht. Dann werden noch einige verwandte Erscheinungen wie Totstellreflex, Winterschlaf bei verschiedenen Tierklassen besprochen.

M. Serog (96). Es wird neben einer Definition der Suggestibilität folgende neue Methode der Suggestibilitätsprüfung angegeben:

Die Vp. hält die größere Elektrode eines Pantostaten in der r. Hand, die kleinere wird am Mittelfinger der l. Hand befestigt, der Motor eingeschaltet, der Rheostat bei Faradisch herausgezogen, der Watteville aber auf „G." gestellt. Nun

wird die Vp. unter weiterem Herausziehen des Rheostaten gefragt: „Spüren Sie was? — Jetzt? — Jetzt?" — usw. Empfindet die Vp. den Strom, der überhaupt nicht da ist, so ist die Suggestibilität +++ (hochgradig gesteigert).

Empfindet sie ihn nicht, so wird Watteville auf „F." gestellt und der Strom wirklich verstärkt und geschwächt, dann Watteville auf „G.", Rheostat herausziehen und zurückschieben. Tritt bei der Vp. jetzt auch noch Verstärkung und Abschwächung des Stromes ein, so ist S. = ++ (deutlich gesteigert).

Tritt auch dies nicht ein, so wird nach vorgängiger tatsächlicher Variation der Stromstärke die Vp. bei gleichbleibender Stromstärke gefragt: „Jetzt stärker? Jetzt schwächer"? Fühlt die Vp. den Strom entsprechend, so ist Suggestion = + (deutlich vorhanden).

Einige Versuche werden mitgeteilt.

K. Marbe (61), Mitteilungen von Einstellungsversuchen aus den Verbesserungen des Verfassers: 1. Zwischen das 5. u. 6. von 6 Signalen im Abstande von 0,5 Sekunden fällt ein starkes Geräusch. Man kann sich auf Verscheuchtwerden oder Hören des 6. Signales einstellen bei entsprechendem Zeitabstand zwischen den Signalen. 2. Es ist möglich, bei zeitlicher Koinzidenz einer Zeigerstellung und eines Glockensignales, das letztere bei bis zu 10° Zeigerverschiebung vor- oder nachzuhören u. a.

M, zeigt weiter an den Fangbecher- und ähnl. Spielen, daß es körperliche Einstellungen gibt, und berichtet dann von Suggestionsversuchen an Kindern, z. B. Bleistift als sehr schwer suggerieren, Tischrücken u. ä.

Wachsuggestion und gewöhnliche Einstellung, hypnotische Suggestion und W.S. sind nach *M*. scharf zu trennen.

P. Norbert Brühl (11). Dialektische Versuche, den Hypnotismus als eine Art wissenschaftlichen Schwindel oder als Produkt wissenschaftlicher Irrtümer hinzustellen. Verf. zählt alle Widersprüche, Unklarheiten und Ungenauigkeiten der Literatur über Hypnotismus auf. Über eigene Erfahrung scheint er nicht zu verfügen.

E. Kindborg (46). *K*. legt zunächst eine Theorie der Hypnose als „Reizausschaltung" dar, wobei er u. a. das Oberbewußtsein als inneres Sinnesorgan auffaßt und es dann eine Empfindung, das Wachbewußtsein einen Zustand nennt. Bei der hypnotischen Blindheit handle es sich um physikalische Unterbrechung zwischen den reizverarbeitenden Hirnteilen.

Zum Schluß frischt *K*. eine Art magnetischer Theorie der Hypnose wieder auf. Er meint unbekannte physikalische Kräfte als Ursache der hypnotischen Wirkungen des Handauflegens annehmen zu können. Schließlich teilt er Versuche mit Magnetwirkungen in Hypnose mit, bei denen jede Möglichkeit einer Suggestionswirkung ausgeschlossen sein soll.

D. Levy-Suhl (55). Kritik der Magnetversuche *K*.s (s. vorhergeh. Ref.). Hinweis auf die alten Experimente *Braids*, die die Annahme magnetischer Kräfte des Hypnotismus widerlegten. Betonung der Suggestion ohne Worte.

G. Flatau (22). Einwände gegen *Kindborgs* Lehre, daß Suggestionswirkung bei Hypnose nicht vorliegen könne, weil die Schlafsuggestion doch keinen Schlaf,

sondern eben Hypnose bewirke. Offenlassen der Frage, ob es unbekannte hypnosigene Faktoren gebe.

Haupt (40). Angaben über die Erfolge der Stirn-Nackenhand bei Hypnosen. Die Anwendung derselben bedinge Tieferwerden der Hypnose und trotz Erweckungssuggestion, Fortdauer der Hypnose bei offenen Augen bzw. Erschwerung des Erwachens. Da die Personen trotz Einstellung auf das Erwachen hypnotisiert bleiben, könne Suggestivwirkung nicht vorliegen. Es handle sich um eine physische Wirkung der Hände.

Densow (16). Die Stirn-Nackenhand sei eine Realsuggestion und ohne vertiefenden Wert für die Theorie der Hypnose.

Haupt (39). Es gebe eine Hypnosefähigkeit unabhängig vom Glauben, Vertrauen, Abwehr und sonstigen inneren Zustand des Kranken. Daß diese wechseln und ohne ersichtliche Ursache in Hypnoseunfähigkeit übergehen können, soll an einem Beispiel dargetan werden. Das suggestive Moment spiele keine besondere Rolle. Nachher betont aber *H.* die fremdhypnoseerschwerende Wirkung entsprechender Suggestionen in vorhergegangenen Hypnosen. Anwendung dieser Schutzsuggestion sei zu empfehlen.

Mosse (67 u. 68). Neben allgemein bekannten, z. T. der Literatur entnommenen Angaben macht Verf. folgende Feststellungen: Der Übergang zur Somnambulhypnose wurde öfter durch plötzliches vorübergehendes Erröten im Gesicht eingeleitet. Posthypnotische S. wurden von Kindern selten realisiert. Als Mindestalter der Hypnosefähigkeit wird 6 Jahre angegeben. Vorher fand sich nur Beruhigung und Imitation hypnotischer Phänomene. Schwerkonzentrierbare, hyperagile und Kinder ohne Würgreflexe waren nicht hypnotisierbar. Die Hypnosefähigen waren sämtlich kräftig und robust. Schädigungen fanden sich nie.

Therapeutische Suggestionen müssen sofort realisierbar sein.

Als Anwendungsgebiet ergeben sich hysterische Manifestationen, vor allem aber Enuresis.

Es wird Anwendung der „Orthopädie mentale" Bérillons empfohlen.

Pototzky (75). Der Suggestion noch zugänglich sind Kinder im Mindestalter von 1¾ Jahren. Die Notwendigkeit individualisierenden Vorgehens in jedem Falle unter Berücksichtigung auch der von Angehörigen ausgehenden Einflüsse wird ausführlich erörtert und zuletzt eine sog. „Milieusuggestionsmethode" empfohlen. Sie „besteht darin, daß man den Patienten suggestiv in ein ihm angenehmes Milieu so versetzt, daß er für suggestive Weisungen zugänglicher wird" (z. B. Landschaften usw.). Reiferes Alter ist dazu erforderlich.

Coué (15) nimmt zunächst die Unterscheidung von bewußt und unterbewußt in populärer Fassung auf, die Einbildungskraft ist der eigentliche Motor unseres Handelns; *C.* versucht diesen Satz an Einzelbeispielen, wie der Schlaflosigkeit, der Unsicherheit des jungen Radfahrers u. ä. zu belegen. Der Einbildungskraft muß durch die Autosuggestion ein Zügel angelegt werden, wobei Autosuggestion definiert wird als „durch uns selbst bewirken, daß ein Gedanke in uns selber Wurzel faßt". Natürlich entstehen auch Leidenserlebnisse durch Autosuggestion, die auf seelische und körperliche Funktionen wirken können. Die Verwirklichung dieser

Autosuggestionen geschieht auf „unbewußte Weise“, und ebenso muß ihre Bekämpfung ohne jede Einmischung des Willens erfolgen. Es ergeben sich daher folgende Sätze:

1. Jm Widerstreit zwischen Willen und Einbildungskraft siegt letztere ausnahmslos.

2. Im Widerstreit zwischen Willen und Einbildungskraft ist die Stärke der Einbildungskraft proportional der aufgewendeten Willensanstrengung.

3. Die Einbildungskraft ist lenkbar.

C. teilt dann die Versuche mit, die er zur Bestätigung seiner Lehre und als Einleitung der Therapie angewendet: 1. Vor- und Rückwärtsfallen durch Suggestion, 2. das gleiche durch Autosuggestion unter Nachhilfe u. a. Das Wesentliche ist, daß *C.* Fortsetzung dieser Übungen verlangt, bis sie gelingen. Beim weiteren therapeutischen Vorgehen gibt *C.* allgemeine Anweisung über zweckmäßige Lebensführung, Entstehung psychogener Symptome, während er den Pat. in eine oberflächliche Hypnose versetzt, und gibt dem Kranken auf, morgens vorm Aufstehen, abends beim Zubettgehen 20mal an den Knoten eines Bindfadens leise innerlich mit Lippenbewegungen herzusagen: „Mit jedem Tage geht es mir in jeder Hinsicht immer besser und besser.“ *C.* behandelt bloß psychogene Leiden, eventl. in wiederholten Sitzungen unter Bevorzugung von Massensitzungen. Es werden dann K.-G. kurz mitgeteilt. Den Schluß des Büchleins bilden Abdrucke von Zeitungsaufsätzen über *C.*, sein Wirken usw. aus der Feder begeisterter Anhänger.

A. Adler (1). Auswertung eines Falles manisch-depressiven Irreseins mit den *Adler*schen Schlagworten: Leitlinie, Machtstreben, Entmutigung usw. Die Psychose ist Ausdruck der Entmutigung. Diese erwächst aus dem Aberglauben an die fundamentale Ungleichheit der Menschheit, aus der erst jedes Minderwertigkeitsgefühl entspringt.

G. Pagenstecher (72). Okkultistische Untersuchungen über „Psychometrie“ und ähnliches mit einem großen Aufwand von sog. Kontrollen, bei völliger Kritiklosigkeit gegenüber dem Medium. Wirkliche Sicherheit gegen Täuschung besteht nicht. Besonders instruktiv sind die Angaben, nach denen das Medium das vorweltliche Platzen eines Meteors angstvoll durch einfaches in die Handnehmen eines Aerolithen (von dem es angeblich nichts weiß) miterlebt. Die Schlußsätze des Verf.s sind: Zum Sehen, Schmecken, Fühlen usw. bedürfen wir nicht unbedingt unserer Sinnesorgane, und der Somnambule stehe unter der Einwirkung astral verkörperter Intelligenzen.

Baudouin (3) stellt *Coué's* Lehre in z. T. geistreicher Vertiefung dar, ohne doch alle Schwächen zu beheben. Sehr vieles ist weitgehender Beachtung wert.

Schulhof (88). Die Schrift stellt die Lehren und Methoden *Coués*, ihre Anwendungen und Grenzen unter Hinzufügung einzelner neuer Gedankengänge dar. Richtig ist die Schilderung der Laienuntersuchungen über Krankheiten und Therapie und die Betonung der Erziehung zur Selbständigkeit durch *Coués* Methode. Im Vorwort hebt der Autor hervor, daß *C.*s Methode gewiß nicht neu ist, daß vielmehr die Unterstreichung der Mithilfe seitens des Patienten bei der Psychotherapie das Charakteristische an *Coué* sei.

---

5. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Carl Schneider-Arnsdorf.

1. *Alden, A. M.*, Psychosis associated with disease of the nasal accessory sinuses. Operation. Recovery. Laryngoscope Bd. 34, Nr. 2, S. 126.
2. *Alrutz, S.*, Ein Perseverationsphänomen, analysiert und behandelt mit Hypnose. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 221.
3. *Ameghino, A.*, e *Ciampi, L.*, Sulla patogenesi della demenza precoce. Quaderni di psichiat. Bd. 11, Nr. 7/8, S. 121.
4. *Barbieri, P.*, Il significato dell' Istamina nella patogenesi della demenza precoce. Rivista sperim. di frenetr. Bd. 48, H. 3/4, S. 696.
5. *Derselbe*, Sulla reazione nera (di Buscaino) nelle orine dei dementi precoci. Biochim. e terap-sperim. H. 4, S. 131.
6, *Barnes, G.*, A comparison of the results of tests in the Terman scale between cases of manic depressive and dementia precox psychoses. Journ. of nerv a. ment. dis. Bd. 60, Nr. 6, S. 579.
7. *Benon, R.*, Fièvre typhoïde et troubles mentaux. Gaz. des hôp. civ. et milit. Nr. 65, S. 1078.
8. *Derselbe*, Hyperthymie sans délire. Stupeur. Guérison. Schweiz. Arch. Zur Neur. u. Psych. Bd. 14. H. 1. S. 77.
9. *Derselbe*, La démence précoce (Hypothymie chron.). Ebenda Bd. 15, H. 1, S. 140.
10. *Beringer, K.*, Beitrag zur Analyse schizophrener Denkstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 1/2, S. 55. (S. 122*.)
11. *Betlheim, St.*, u. *Hartmann, H.*, Über Fehlreaktionen bei der Korsakoffschen Psychose. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 275.
12. *Birnbaum, K.*, Grundzüge der Kulturspychopathologie. (Grenzfr. d. Nerv.- u. Seelenleb. H. 116.) München, J. F. Bergmann. 70 S. 2,40 M. (S. 114*.)
13. *Boeminghaus, H.*, Postoperative Gallengangsfistel und Psychose. Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 463. (S. 120*.)
14. *Borel, A.*, Les conceptions actuelles de la démence précoce. Journ. méd. franç. Bd. 13, Nr. 5, S. 176.
15. *Borel, A.*, et *Robin, G.*, Les rêveries morbides. Ann. méd.-psychol. Nr. 3, S. 232.
16. *Bostroem, A.*, Über krankhafte Persönlichkeitsveränderungen. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 1155. (S. 120*.)
17. *Boven, W.*, Recherches sur la psychopathologie des familles „normales“. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 14, H. 1, S. 34.
18. *Brailowsky, W.*, Die neuesten Lehren über die Dementia praecox. (Russ.) Medizinskaja Myssl. Nr. 3/4, S. 76.
19. *Bresowski, M.*, Ungewöhnliche hebephrenische Endzustände. Mtschr. f. Pych. u. Neurol. Bd. 57, H. 1, S. 1.

20. *Bumke, O.*, Die Auflösung der Dementia praecox. Klin. Wschr. Nr. 11, S. 437.
21. *Buscaino, V. M.*, Componenti neurologiche della demenza precoce catatonica. Quaderni di psichiat. Bd. 11, Nr. 3/4, S. 50.
22. *Derselbe*, I dati più recenti (1920—1923) d' istologia patologica del sistema nervoso dei dementi precoci. Rass. di studi psichiat. Bd. 13, H. 3/4, S. 274. (S. 126*.)
23. *Derselbe*, Nuovi dati sulla genesi patologica delle zolle di disintegrazione a grappolo. Reperti in un caso di demenza precoce catatonica. Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. 29, H. 3/4, S. 93. (S. 126*.)
24. *Derselbe*, Neue Tatsachen über die pathologische Histologie und die Pathogenese der Dementia praecox, der Amentia und der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 210 u. Encéphale Jg. 19, S. 217. (S. 126*.)
25. *Caravedo, B.*, Die Pellagra bei Geisteskranken. (Span.) Rev. de psiquiat. y discipl. conexas Bd. 5, Nr. 1, S. 5.
26. *Derselbe*, Regressive Haltungen bei Schizophrenen. (Span.) Ebenda Nr. 2, S. 109.
27. *Carp en Kraus*, Über die Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins in einem Fall von Melancholia anaesthetica. (Holl.) Psychiatr. en neur. bladen, Jelgersma-Nr., S. 360.
28. *Cellier, A.*, Lé démembrement de la démence précoce. Presse méd. Nr. 93, S. 913.
29. *Ciarla, E.*, Sul polimorfismo delle sindromi psicopatice protobacillari. Giorn. di psichiat. clin. e tecn. manicom. H. 1/2, S. 43 u. H. 3/4, S. 59.
30. *Claude, H.*, Etats schizomaniaques et automutilation. Journ. des praticiens Nr. 15, S. 225.
31. *Derselbe*, Remarques sur la dissociation affective dans certains états de mélancolie anxieuse. Progr. méd. Nr. 43, S. 661.
32. *Derselbe*, Sur les divers types de psychoses hallucinatoires chron. Ebenda Nr. 14, S. 209.
33. *Claude, Borel* et *Robin*, Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. Encéphale Nr. 3, S. 145.
34. *Dieselben*, La constitution schizoïde. Ebenda Nr. 4, S. 209.
35. *Dieselben*, Un nouveau procédé d'investigation psychologique: l'éthérisation. Ebenda Nr. 7, S. 419.
36. *Claude* et *Brousseau*, Considérations sur la nature des „démences précoces". Bull. méd. Nr. 12, S. 323.
37. *Clausen, F.*, Beitrag zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. Riv. ital. di gin. Bd. 2, H. 4, S. 379.
38. *Cokkinis, A. J.*, A note on post-operative insanity. Lancet Bd. 206, Nr. 10, S. 488.
39. *Cowie, Parsons* a. *Raphael*, Insulin and mental depression. Arch. of neur. a. psychiat. Bd. 12, Nr. 5, S. 522.

40. *Delgado, H. F.* u. a., Ein Fall von Filariose mit manisch-depressiver Psychose. (Span.) Rev. de psiquiat. y discipl. conex. Bd. 5, Nr. 3, S. 209.
41. *v. Domarus, E.*, Beispiele paralogischen Denkens in der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 3/5, S. 620. (S. 122*.)
42. *Doersch, Ch.*, Les paroxysmes d'excitation dans la folie maniaque dépressive. Strassbourg, Edit. des „Strassb. Médical". 48 S.
43. *Dunlap, Ch. B.*, Dementia praecox. Some preliminary observations on brains from carefully selected cases, and a consideration of certain sources of error. Americ. journ. of psychiat. Bd. 3, Nr. 3, S. 403.
44. *Eastman, J. R.*, a. *Kilman, J. E.*, Acute hallucinosis following operations on the aged, espec. protatectomy. Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 17, Nr. 2, S. 43.
45. *Eliasberg, Wl.*, Grundriß einer allg. Arbeitspathologie (Schriften z. Psychol. d. Berufseign. u. d. Wirtsch.leb. H. 28.) Leipzig, J. A. Barth. 41 S. 1,50 M. (S. 114*.)
46. *Endtz, A.*, Über Träume von Schizophrenen. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Bd. 10, H. 3, S. 292.
47. *Ewald, G.*, Schizoid und Schizophrenie im Lichte lokalisatorischer Betrachtung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 5, S. 299. (S. 122*.)
48. *Fendel, H.*, Grundsätze der ärztlichen Psychologie (Psychodiagnostik u. Psychotherapie) in der tägl. Praxis. Med. Klin. Nr. 46, 48, 49, 50; S. 1623, 1700, 1742 u. 1777.
49. *Ferrarini, C.*, Nuovi orientamenti della psichiatria. Punctata II. Rass. di studi psichiat. Bd. 13, H. 3/4, S. 189.
50. *Fischer, Br.*, Ein Beitrag zur reaktiven Melancholie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1/3, S. 226.
51. *Fleck, U.*, Über Kokainwirkung bei Stuporösen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 1/2, S. 84. (S. 122*.)
52. *Flügel, F. E.*, Das Bild der Melancholie bei intellektuell Minderwertigen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 634.
53. *Focher, L.*, Experimentelle und klinische Studie zur Pathologie der funktionellen Gedächtnisfehler. Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. Bd. 81 S. 151.
54. *Fünfgeld, E.*, Anatomisches zur Auffassung der Schizophrenie als psychischer Systemerkrankung. Vers. südwd. Neur. u. Irr. 1924, Ber.: Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 37, H. 5/6, S. 391. (S. 122*.)
55. *Derselbe*, Über histologische Untersuchungen des Thalamus bei Katatonie. Klin. Wschr. Nr. 2, S. 69.
56. *Furrer, J.*, Unsere Erfahrungen mit den Somnifendauernarkosen bei Psychosen. Schweizer med. Wschr. Nr. 12 u. 13, S. 275 u. 306. (S. 127*)
57. *Galant, J. S.*, Parästhesien und Körperhalluzinationen (Ein seltener

Fall gehäufter Körperhalluzinationen — Schlangenhalluzinationen. Jahrb. f. Psych. Bd. 43, S. 190.
58. *Derselbe*, Von der idiogenen Wahnbildung. Psych.-neur. Wschr. Jg. 26 Nr. 23/24, S. 124. (S. 118*.)
59. *Gaupp, R.*, Die klinische Stellung der Paranoia im System der Psychosen. (Span.) Med. germ.-hisp.-amer. Nr. 1, S. 7. (S. 118*.)
60. *Derselbe*, Über das Wesen der Schizophrenie. (Span.) Ebenda Nr. 5 S. 373.
61. *Derselbe*, Paranoia. Klin. Wschr. Nr. 27, S. 1201. (S. 118*.)
62. *Gibbs, Ch. E.*, Sex development and behavior in female patients with dementia praecox. Arch. of neur. a. psychiat. Bd. 11, Nr. 2, S. 179.
63. *Derselbe*, Sexual behavior and secondary sexual hair in female patients with manic-depressive psychoses and the relation of the factors to dementia praecox. Amer. journ. of psychiat. Bd. 4, Nr. 1, S. 41.
64. *Del Greco, Fr.*, Follia e turbamenti d'animo collettivi. Note di psicopatologie sociale. Note e riv. di psichiat. Bd. 12, Nr. 1, S. 57.
65. *Gregg, D.*, The prognostic value of arterial hypertension in the psychoses of later life. Archiv of neur. a. psychiat. Bd. 12. Nr. 5, S. 534.
66. *Grünthal, E.*, Über das Symptom der Einstellungsstörung bei exogenen Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3/4, S. 255. (S. 115*.)
67. *Gruszecka, A.*, Le transitivisme, la perte des limites de la personnalité et l'attitude mentale primitive dans la schizophrénie. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 15, H. 1, S. 64.
68. *Guiraud, P.*, Conception neurologique du syndrome catatonique. Encéphale Nr. 9, S. 571.
69. *Gundert*, Erfahrungen mit Somnifen in der Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 1/2, S. 87. (S. 127*.)
70. *Guttmann, A.*, Medikamentöse Spaltung der Persönlichkeit. Mon. f. Psych. u. Neur. Bd. 56, H. 2/3, S. 161.
71. *Haberkant, H.*, Ein Tagebuch Bieskes über den Krankheitszustand des Feldmarschalls Blücher und dessen erste Karlsbader Kur im Jahre 1816. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5/6, S. 322. (S. 116*.)
72. *Halberstadt, G.*, La démence paranoïde. Etude nosologique. Ann. méd.-psychol. Jg. 82, Bd. 2, Nr. 4, S. 297.
73. *Hart, B.*, The development of psychopathology as a branch of science Journ. of neur. a. psychopathol. Bd. 4, Nr. 16, S. 314.
74. *Hartmann, H.*, Ein Beitrag zur Frage der katatonischen Pupillenstarre. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1013. (S. 126*.)
75. *Derselbe*, Ein Beitrag zur Lehre von den reaktiven Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57, H. 2, S.89. (S. 125*.)
76. *Derselbe*, Halluzinierte Flächenfarben und Bewegungen. Ebenda Bd. 56, H. 1, S. 1. (S. 115*.)
77. *Hartmann, H.*, u. *Schilder, P.*, Zur Klinik und Psychologie der Amentia.

Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 6, S. 321 und Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 531. (S. 120*.)

78. *Hauptmann*, Sinnestäuschung und Realitätsurteil. Vers. südwd. Neur. u. Irr. 1924, Ber.: Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 37, H. 5/6, S. 335. (S. 115*.)
79. *Hayes*, *E. D. T.*, Some aspects of dementia praecox. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 289, S. 208.
80. *Hedinger*, *St.*, und *Kläsi*, *J.*, Hämodynamische Wirkungen des Somnifens bei Psychosen. Ein Beitr. z. Stud. d. Bezieh. zw. Psyche und Kreislauf. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 4/5, S. 446. (S. 127*.)
81. *Heidenhain*, *A.*, J. J. Rousseau, Persönlichkeit, Philosophie und Psychose. München, J. F. Bergmann. 84 S. 3,60 M. (S. 113*.)
82. *Henckel*, *K. O.*, Körperbaustudien an Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 1/3, S. 82.
83. *Derselbe*, Körperbaustudien an Geisteskranken II., Der Habitus der Zirkulären. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, S. 614.
84. *v. Hentig*, Über den Cäsarenwahnsinn. Die Krankheit des Kaisers Tiberius (Grenzfr. d. Nerv. u. Seelenleb. H. 119.) München, J. F. Bergmann. 2 M.
85. *Herrmann*, *G.*, Selbstbeobachtungen über Spiegelsehen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 1/2, S. 78. (S. 115*.)
86. *Derselbe*, Verlust und Wiederkehr der künstlerischen Farbenausdrucksfähigkeit während einer akuten Geistesstörung. Ztschr. f. Ästhetik u. allg. Kunstwiss. Bd. 18, H. 3, S. 331. (S. 115*.)
87. *Hertz*, *A.*, Über die Veränderung der Blutgerinnungszeit bei Dementia praecox. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3/4, S. 452.
88. *Hesnard*, *A.*, La relativité de la conscience de soi. Introduction à la psychologie clinique. Paris, F. Alcan. 144 S. 8 Fr.
89. *Hesnard*, *A.*, et *Laforgue*, *R.*, Contribution à la psychologie des états dits schizophréniques. Encéphale Nr. 1, S. 45.
90. *Heveroch*, Autosynnoia, eine besondere Abart des Autismus. (Tschech.) Časopis lékařův českých Nr. 12, 13, 14, S. 473, 522, 556.
91. *Hobbs*, *A. T.*, A survey of american and canadian psychiatric opinion as to focal infections (or chronic sepsis) as causative factors in functional psychoses. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 291, S. 542.
92. *Hoffmann*, *H.*. Erbbiologische Persönlichkeitsanalye, Bemerkungen und Ergänzungen zu J. Lange: Der Fall B. Hempel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5, S. 434.
93. *Holmes*, *B.*, The end of this effort to promote research into the causes of dementia praecox. Chicago med. recorder Bd. 46, Nr. 6, S. 235.
94. *van der Horst*, *L.*, Experimentell-psychologische Untersuchungen zu Kretschmers „Körperbau und Charakter“. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, S. 341. (S. 128*.)

95. *Jacob*, *Ch.*, u. *Moser*, *K.*, Messungen zu Kretschmers Körperbaulehre· Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 93.
96. *Jacobowsky*, *B.*, Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei der Dementia praecox. Upsala läkareförenings forhandl. Bd. 30, H. 3/4, S. 227.
97. *Janet*, *P.*, L'atonie et l'asthénie psychologiques. Brit. journ. of med. psychol. Bd. 4, H. 1, S. 1.
98. *Derselbe*, Les souvenirs, irréels. Arch. de pychol. Bd. 19, Nr. 73, S. 1.
99. *Jelgersma*, *G.*, Abweichende Fälle von manisch-depressiver Psychose. Klin. Vorl. (Holl.) Nederland. maandschr. v. geneesk. Nr. 7, S. 303.
100. *Jelgersma*, *H. C.*, Die Symbole und die Schizophrenie. (Holl.) Psychiatr. en neur. bladen, Jelgersma-Nr., S. 330.
101. *Josephy*, *H.*. Zur Histopathologie und Therapie der Dementia praecox. Deutsche med. Wschr. Nr. 34, S. 1151.
102. *Kelly*, *O. F.*, Acidophile degeneration in dementia praecox. Amer. journ. of psychiat. Bd. 3, Nr. 4, S. 721.
103. *King*, *D. M.*, Defective will as the cause of dementia praecox. Amer. med. Bd. 29, Nr. 9, S. 647.
104. *Klieneberger*, *O.*, Zur Beurteilung der Einwirkung des Krieges (D. B.-Frage) (äußere Urachen) auf die Dementia praecox. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 243. (S. 125*.)
105. *Kluge*, *A.*, Die Paranoiaimitation. (Vorl. Mitt.). Med. Klin. Nr. 27, S. 935.
106. *Kolle*, *K.*, Der Körperbau der Schizophrenen. Ein Beitr. z. Thema „Körperbau und Charakter". Arch. f. Pych. Bd. 72, H. 1, S. 40. (S. 128*.)
107. *Kretschmer*, *E.*, Bemerkungen z. d. Arbeit von Kolle über Körperbau der Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 216. (S. 128*.)
108. *Krisch*, *H.*, Die diagnostische Bedeutung der körperliche Grundleiden begleitenden psychischen Störungen. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 1, S. 6.
109. *Kritzinger*, *H. H.*, Zwei neue physiologisch wichtige Perioden bei Dementia praecox und ihre Bedeutung für die Krisenjahre des Menschen. Klin. Wschr. Nr. 38, S. 1718. (S. 126*)
110. *Krypsin-Exner*, *W.*, Über Verlaufsformen von Psychosen des höheren Lebenalters. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 3, S. 369. (S. 116*.)
111. *Küppers*, *E.*, Die primären Störungen des geistigen Wachstums. Vers. südwd. Neur. u.-Psych. 1924, Ber.: Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 37, H. 5/6, S. 334. (S. 121*.)
112. *Lafora*, *G. R.*, Über prolongierte Somnifennarkose in der Psychiatrie. (Span.) Med. ibera Bd. 18, Nr. 18, S. 369 u. 373.
113. *Laignel-Lavastine* et *Cornélius*, Le p_H urinaire et le titrage des acides

organiques de l'urine chez les anxieux et les déprimés. Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 91, Nr. 29, S. 872.
114. *Lange, J.*, Ein schizophrenes Bauerngeschlecht. Deutsche Ver. f. Psych. 1924; Ber.: Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40, H. 5/6, S. 370.
115. *Derselbe*, Über die Paranoia und die paranoische Veranlagung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 85. (S. 117*.)
116. *Langelüddeke, A.*, Zur Frage des archaisch-primitiven Erlebens und Denkens in der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych Bd. 93, H. 1/2, S. 299. Dazu: Storch ebenda S. 309. (S. 126*.)
117. *Langfeldt, G.*, Ein Fall von Basedow-Psychose. (Norw.) Med. rev. Nr. 5, S. 193.
118. *Lautier, J.*, Le démembrement de la démence précoce. Ann. méd.-psychol. Nr. 4, S. 299.
119. *Leege, M.*, Zur Psychopathologie und Therapie der Hypophysentumoren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 331.
120. *Lenz, Fr.*, Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Fragestellung nach der erblichen Bedingtheit der Schizophrenien. Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.-Biol. Bd. 15, H. 3, S. 273.
121. *Leone, F.*, Considerazioni su alcuni casi di psicosi maniaco-depressiva. Cervello Nr. 3, S. 169.
122. *Leroy, R.*, et *Schutzenberger*, Contribution à l'étude de la folie gémellaire: psychose maniaque dépressive chez deux soeurs jumelles. Ann. méd.-psychol. Nr. 1, S. 42 u. Nr. 2, 123.
123. *v. Leupoldt, C.*, Ätiologische Analysen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 345. (S. 123*.)
124. *Levet*, Note sur l'injection endo-veineuse de somnifene en pratique psychiatrique. Ann. méd.-psychol. Jg. 82, Bd. 2, Nr. 4, S. 325.
125. *Leyser, E.*, Herzkrankheiten und Psychosen. (Abhandl. a. d. Neurol. etc. H. 25.) Berlin, S. Karger. 83 S. 4 M. (S. 119*.)
126. *Liebermeister, G.*, Tuberkulose und Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 58. (S. 123*.)
127. *Lopašić, R.*, Somnifen. (Kroat.) Liječ-nički vjesnik. Nr. 7, S. 283.
128. *Lundholm, H.*, A comparative study of „creative imagination" in normal people and in mentally diseased. Amer. journ. of psychiat. Bd. 3, H. 4, S. 739.
129. *Maeder, A.*, Psychopathologie et pathologie générale. Encéphale Nr. 3, S. 163.
130. *Maine de Biran*, Deux chapitres inédits du mémoire sur la décomposition de la pensée. Journ. de psychol. norm. et path. Nr. 5, S. 417.
131. *Malachowski, R.*, Somnifen in der Psychiatrie. Med. Klin. Nr. 14, S. 454, und Bresl. psych.-neurol. Ver. 10. 12. 1923, Ber.: Klin. Wschr. Nr. 10. (S. 127*.)

132. *Marañón, G.*, Psychopathologie des Don-Juanismus. (Span.) Siglo méd. Bd. 73, Nr. 3664—3666, S. 213, 245, 272.
133. *Massini, R.*, Über Delirien bei Herzkranken. Schweiz. med. Wschr. Nr. 17, S. 397. (S. 120*.)
134. *Masson, Cl. B.*, The effect of malaria on the nervous system with special reference to the malarial psychoses. Amer. journ. of the med. sciences Bd. 168, Nr. 3, S. 334.
135. *Mayer-Gross, W.*, Bemerkungen zur psychiatrischen Charakterkunde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 1/3, S. 68. (S. 115*.)
136. *Derselbe*, Fünfundzwanzig Jahre Dementia praecox. Klin. Wschr. Nr. 24, S. 1075. (S. 121*.)
137. *Derselbe*, Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform. (Monograph. a. d. Ges. geb. d. Neurol. u. Psych. H. 42). Berlin, J. Springer. 300 S.; 21,— M.
138. *Menninger, K. A.*, Paranoid psychosis with uremia. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 60, Nr. 1, S. 26.
139. *Menninger von Lerchenthal*, Zur Frage der Adrenalinunempfindlichkeit bei Dementia praecox. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57, H. 2, S. 109. (S. 124*.)
140. *Merklen, Hirschberg et Turpin*, Confusion mentale au cours d'une néphrite scarlatineuse purement azothémique. Bull. et. mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Nr. 3, S. 86.
141. *Möllenhoff, Fr.*, Über Gefahren bei der Somnifenbehandlung in der Psychiatrie. Klin. Wschr. Nr. 26, S. 1171. (S. 127*.)
142. *Derselbe*, Zur Frage der Beziehungen zwischen Körperbau u. Psychose. Mtschr. f. Psychiat. Bd. 71, H. 1, S. 98. (S. 127*.)
143. *Mollweide*, Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredo-Degenerationen). Klin. Wschr. Nr. 9, S. 359. (S. 123*.)
144. *Montesano*, Schizofrenie e pseudoschizofrenie. Rev. sperim. di frenet. e med. leg. d. alienaz. ment. Bd. 48, H. 1/2, S. 182.
145. *Müller, Fr.*, Über das Erkrankungsalter der Dementia praecox mit Berücksichtigung der erblichen Belastung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 1/2, S. 1. (S. 123*.)
146. *Munz, E.*, Die Reaktion des Pyknikers im Rorschachschen psychodiagnostischen Versuch. (Inaug. d. Zürich). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. Bd. 91, H. 1/2, S. 26. (S. 116*.)
147. *v. Muralt, A.*, Die psychoanalytische Auffassung der Schizophrenie. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 216.
148. *Naito, J.*, Das Hirnrindenbild bei Schizophrenie. Arb. a. d. Neurol. Inst. a. d. Wien. Univ. Bd. 26, H. 1, S. 1. (S. 125*.)
149. *Naysac, P.*, La démence paranoïde. Paris, Vigot.
150. *Neuendorf*, Erfahrungen mit Somnifen. Deutsche med. Wschr. Nr. 3 S. 83.

151. *Ossipow, V. P.*, Gemischte oder kombinierte Formen von Cyclothymie und Schizophrenie und ihre Entstehung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92 H. 3/4, S. 296. (S. 116*.)
152. *Panse, Fr.*, Untersuchungen über Verlauf und Prognose beim manisch-depressiven Irresein. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 56, H. 1, S. 15. (S. 116*.)
153. *Paulian, D. E.*, u. *Vlad, C.*, Über Dementia praecox. (Rum.) Rev. sanit. milit. Nr. 1/2, S. 38.
154. *Pellazini, G.*, Su la nosologia della demenze precoci. Cervello Nr. 6, S. 341.
155. *Petroselli, F.*, Un gesto caratteristico nella schizofrenia. Quaderni di psichiat. Bd. 11, Nr. 9/10, S. 165.
156. *Pierce, L. B.*, Pellagra, Amer. journ. of psychiatr. Bd. 4, H. 2. S. 237.
157. *Pilcz, A.*, Psychosen bei inneren Erkrankungen. Wien. med. Wschr. Nr. 9—12, S. 430, 489, 530, 582.
158. *Popea, Constantinesco et Giurgiu.*, Le sulfate d'atropine dans les agitations psychomotrices (Spec. dans l'excitation maniaque). Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Bucarest Nr. 7, S. 188.
159. *Pötzl, O.* u. *Wagner, G. A.*, Über Veränderungen in den Ovarien bei Dementia praecox (Schizophrenie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1/3, S. 157. (S. 124*.)
160. *Revault d'Allonnes, G.*, La polyphrénie. Dislocation psychique. Journ. de psychol. norm et path. Nr. 5, S. 475.
161. *Robertson, G. M.*, Is dementia praecox a definite clinical entity? Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 291, S. 529.
162. *Rosanoff, A. J.*, a. *Bergman, G. W.*, Constitutional psychoses ending in permanent recovery. Arch. of neur. a. psychiat. Bd. 11, Nr. 1, S. 70.
163. *Rothschild, S.*, Das Gestaltungsprinzip und seine Bedeutung bei der Schizoidie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3/4, S. 401. (S. 122*.)
164. *Derselbe*, Die primäre Insuffizienz der nervösen Organe. Ebenda Bd. 91, H. 1/2, S. 219. (S. 123*.)
165. *Sacristán, J. M.*, Über einen halluzinatorischen Reflex. (Span.) Arch. de neurobiol. Bd. 4, Nr. 2, S. 118.
166. *Derselbe*, Zur Kasuistik des halluzinatorischen Bewegungssehens. (Span.). Ebenda, Nr. 3, S. 208.
167. *Sacristán, J. M.*, u. *Pinto, J. G.*, Die Dauernarkose von Kläsi bei manisch-depressivem Irresein. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 3/5, S. 396.
167 a. *Salustri, E.*, Sulle cosidette »Zolle di disintegratione a grappolo«. Riv. sperim. fren. Bd. 48, H. 1/2, S. 255. (S. 126*.)
168. *de Saussure, R.*, Diagnostic différentiel entre la folie maniaque dépressive et la catatonie. Encéphale Nr. 2, S. 73.
169. *Schrijver, D.*, u. *Schrijver-Hertzberger, S.*, Untersuchungen über Leber-

funktion b. Schizophrenen. I. Mitt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, S. 472. (S. 121*.)

170. *Schulte, H.*, Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. Psychol. Forsch. Bd. 5, H. 1/2, S. 1.
171. *Schultz, J. H.*, Schizophrene mit pyknischem Körperbau. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5, S. 467. (S. 128*.)
172. *Schuster, J.*, Beitrag zur Pathoarchitektonik der Psychosen. Über die Pathoarchitektonik des Paraphrenie. Vorl. Mitt. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3/4, S. 424 und Bd. 72, H. 3/4, S. 525. (S. 113*.)
173. *Derselbe*, Zur Pathoarchitektonik der Dementia praecox. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 31, H. 1/2, S. 1.
174. *Skliar, N.*, Über die klinische Stellung der Paraphrenien. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 226.
175. *Smith, J. Ch.*, Atypische Psychosen und heterologische Belastung. (Dän. mit deutscher u. engl. Zusammenfassung). Kopenhagen, Levin u. Munks-Gaard. 342 S. (S. 117*.)
176. *Steck, H.*, Kritisches zur Ätiologie der Dementia praecox (Erwiderung). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 665.
177. *Stein, H.*, Über die zentralen Funktionsstörungen des Drucksinns (untersucht mit quantitativen Methoden), insbesondere über zeitliche Veränderungsgesetze. Deutsche Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1/4, S. 90.
178. *Storch, A.*, Der Entwicklungsgedanke in der Psychopathologie. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderhk. Bd. 26, S. 774.
179. *Strecker, E. A.*, a. *Willey, G. F.*, An analysis of recoverable „dementia praecox" reactions. Amer. journ. of psychiat. Bd. 3, Nr. 4, S. 593.
180. *Strohmayer, W.*, Die Psychopathologie des Kindesalters, München, Bergmann. 2. Aufl.
181. *Stuurman, F. J.*, Die Behandlung von Geisteskranken mit einer Somnifenkur. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. Jg. 68, I. Hälfte, Nr. 10, S. 1023. (S. 127*.)
182. *Derselbe*, Die Psychosen der nächsten Verwandten einiger Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, H. 3/5, S. 311. (S. 123*.)
183. *Sullivan, H. St.*, Schizophrenia: its conservative and malignant features. Amer. journ. of psychiat. Bd. 4, Nr. 1, S. 77.
184. *Takase, K.*, Zur Pathologie der periodischen Psychosen (manisch-depressives Irresein) mit besonderer Berücksichtigung der Rindenausbreitung des Prozesses (Hirnkarte). Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wien. Univ. Bd. 25, H. 2/3, S. 287.
185. *Thiele, R.*, Ein Fall von akuter genuiner Hämatoporphyrie mit Polyneuritis u. symptomatischer Psychose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 6, S. 337. (S. 121*.)

186. *v. Thurzó, E.*, Die Anwendung des Somnifen in der Behandlung der Eklampsie. Wien. med. Wschr. Nr. 46. (S. 127*.)
187. *Trétiakoff, C.*, et *Amorin, F.*, Démence précoce catatonique datant de 21 ans, chez un syphilitique. Mem. de hosp. de Juquery, São Paulo, Nr. 1, S. 331.
188. *Trétiakoff, C.*, et *Pacheco e Silva, A. C.*, „Cavités anfractueuses" dans un cas de syndrome cérébelleuse, survenu chez une démente précoce. Mem. de hosp. de Juquery, São Paulo, Nr. 1, S. 315.
189. *Urechia, C. J.*, et *Mihalescu, S.*, Syndrome chronique paranoïdo-confabulatoire après la fièvre typhoïde, Arch. de neurol. I, Nr. 5, S. 161.
190. *Ventra, C.*, Sulla nosografia et patogenesi della paranoia. Manicomio Nr. 1, S. 5.
191. *Villaverde, J. M.*, Über die Kläsische Dauernarkose. Med. ibera Bd. 18, Nr. 371, S. 1109.
192. *Villinger, W.*, Über Frühschizophrenie. Vers. südw. d. Neur. u. Irr. 1924, Ber.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 37, H. 5/6, S. 392. (S. 122*.)
193. *Vinchon*, Reactions des familles des psychopathes vis-à-vis du malade et du médecin. Progr. méd. Nr. 5, S. 65.
194. *Wahl, V.*, Contribution à l'étude des psychoses cardiaques. Straßbourg, Impr. „Solidarité". 56 S.
195. *Walker, J.*, Basal metabolism in mental disorders, especially dementia praecox, and the influence of the diathermic current on the same. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 228, S 47.
196. *Walther, F.*, Über Grippepsychosen. Bern,. E. Bircher A. G. 160 S. (S. 120*.)
197. *Weeber, R.*, Beiträge zur Therapie der Dementia praecox mit Atophanyl. Med. Kl. Nr. 50, S. 1766. (S. 125*.)
198. *Weichbrodt*, Therapeutische Versuche bei endogenen Psychosen. Vers. südwd. Neur. u. Irr. 1924, Ber.: Arch f.. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 318. (S. 122*.)
199. *Weiß, R. F.*, Psychoneurotische Störungen im Klimakterium. (Beitr. z. Lehre v. d. endokrinen Neurose. II. Mitt.) Therap. d. Gegenw. Nr. 6, S. 262.
200. *v. Weizsäcker*, Über die Bedeutung quantitativer Sensibilitätsprüfungen für die pathologische Physiologie der Wahrnehmung und der Bewegung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. Bd. 81, H. 1/4, S. 97.
201. *Wentworth, M. M.*, Two hundert cases of dementia praecox tested by the Stanford revision. Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. 18, Nr. 4, S. 378.
202. *Westerterp, M.*, Prozeß und Entwicklung bei verschiedenen Paranoiatypen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 3/5, S. 259. S. 117*.)

203. *Wexberg, E.*, Die objektiven körperlichen Symptome bei funktionellen Psychosen. Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, S. 1 (Ergebnisse).
204. *Weygandt, W.*, Zur Frage der pathologischen Kunst. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 421. (S. 113*.)
205. *Wiethold, F.*, Die Anwendung der Dauernarkose bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1460. (S. 127*.)
206. *Wigert, V.*, Wahnvorstellung und das Konventionelle (Schwed.). Hygiea Bd. 86, H. 7, S. 244.
207. *Wilder, J.*, Über das Schlafmittel „Somnifen". Wien. klin. Wschr. Nr. 42, S. 1091. (S. 127*.)
208. *Wildermuth, H.*, Die Totenehe einer Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, H. 3/5, S. 452. (S. 122*.)
209. *Wilson, T. S.*, A case in which loss of memory suggestive of double personality was due to colon disturbance. Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 17, Nr. 10, clin. sect. S. 36.
210. *Woltman, H. W.*, The mental changes associated with pernicious anemia. Amer. journ. of psychiat. Bd. 3, Nr. 3, S. 435.
211. *Wyler, J.*, Weitere Erfahrungen mit Somnifen in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 20.
212. *Wyrsch, J.*, Beitrag zu Kretschmers Lehre von Körperbau und Charakter. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3/4, S. 526. (S. 128*.)
213. *Ziveri, A.*, Eredità e costituzione specie in rapporto alle forme maniaco-depressive e schizofreniche. Cervello Nr. 1, S. 33.

Im Anschlusse an eine frühere Mitteilung schildert *Schuster* (172) die mikroskopischen Veränderungen im Stirnhirn bei einem Falle von Paraphrenie unter Beigabe reichlicher Abbildungen. Es fand sich Degeneration und Atrophie der Ganglienzellen ohne Gliavermehrung. (Arch. f. Ps. Bd. 72.) (*Müller.*)

Weygandt (204). Allgemeine Bemerkungen über die Stellungnahme zu diesen Problemen mit z. T. recht treffenden kritischen Äußerungen; meines Erachtens berechtigte Warnung vor allzugroßer Einschätzung der durch die pathologische Kunst zu erzielenden Werte, vor „phantasiebeschwingter Exegese" und „homiletischer Betrachtungsweise". Die Beziehungen zwischen künstlerischer Betätigung und Psychose teilt *W.* in 4 Gruppen: 1. beide beeinflussen einander lange Zeit nicht (*Manet*); 2. die Psychose vernichtet rasch die Künstlerschaft (*Makart*); 3. die Psychose weckt künstlerische Anlagen (*K. Ferd. Meyer* und einzelne Fälle *Prinzhorns*); 4. Fortsetzung der künstlerischen Betätigung in der Psychose und Stilwandel in derselben (*v. Gogh*).

Die pathologische Studie von *Heidenhain* (81) ist der Frage nach der Psychose Rousseaus gewidmet. In einer kurzen Einleitung gibt *H.* eine Übersicht über den derzeitigen Stand der Lehre von den wahnbildenden Psychosen. Sodann wendet er sich der Darstellung der geistigen Entwicklung Rousseaus zu. Als Material dienen vorzugsweise die Schriften Rousseaus, die ausführlich zitiert werden. Der

ursprüngliche Charakter R.s wird als der eines passiven, weltabgewandten, rührseligen Träumers bei gesteigerter Affektivität, Neigung zu abrupten Entladungen, gesteigerten Hemmungen gezeichnet und die Diskrepanz der Neigungen, Triebrichtungen betont. Im allgemeinen soll R. nach *H.* dem sensitiven Charaktertyp *Kretschmers* nahestehen. Abweichend sind die Unbeständigkeit, künstlerische Plaudereien, masochistische Neigungen, hysterische Einschläge. Daran schließt sich eine kurze Darstellung der Milieuveränderung, der R. ausgesetzt war, und eine kurze Schilderung der Gemeinschaft zwischen R. und seiner späteren Frau, wobei in der Überweisung der Kinder an das Findelhaus ein erstes Motiv zum späteren Wahn gefunden wird. Die Schilderung geht dann den psychologischen Wurzeln der Rousseauschen Philosophie nach und zeigt, wie immermehr äußere Situationen und charakterologische Anlagen sich zu Bedingungen auswachsen, aus denen die Krankheit R.s schließlich inhaltlich und in ihrer Entwicklung verständlich hervorgeht. *H.* kommt denn auch zu dem Ergebnis, daß R. an einer Paranoia im modernen Wortsinne gelitten habe.

Die außerordentlich gedankenreiche, vorsichtig abwägende Schrift von *Birnbaum* (12) geht den Beziehungen zwischen Kultur und pathopsychischem Geschehen in gedrängter, aber systematischer Darstellung nach. Ein erstes Kapitel behandelt zunächst die Umgrenzung der Kulturpsychopathologie als Wissenschaft. Gegen die Einwände von klinischer und geisteswissenschaftlicher Seite, unter Hervorhebung der Schwierigkeit genügende Formulierungen für den Begriff des Pathologischen zu finden, wird die Existenzberechtigung dieses Sondergebiets dargetan. Von ihren Methoden möchte *B.* die intuitive Wesensschau ausgeschaltet wissen. Die Frage der Materialbeschaffung wird erörtert, als Methoden die phänomenologische, die psychodynamische, pathographische, entwicklungspsychologische vergleichende genannt. Als Ziel vor allem die analytische Arbeitsweise hervorgehoben. An Grundtatsachen stellt *B.* fest: Kulturelles und Pathologisches können äußerlich zufällig zusammentreffen, z. B. Maupassants Paralyse, innerlich affin sein (Halluzinationen und Irrationales), natürliche Wesensgemeinschaft zeigen (ekstatische, visionäre Erlebnisse in Kultur und Pathologie). Die kulturelle Eignung des Pathologischen stellt sich dar in besonderer Empfänglichkeit und Bildsamkeit für und durch kulturelle Strömungen (Hysterie), durch kulturpsychische Aktivität und Wirkungsfähigkeit (Eindruckskraft des Pathologischen, Fermentkraft desselben), in der Originalität und Produktivität psychotischen Geschehens. Andererseits wird die kulturelle Empfänglichkeit und Resonanzfähigkeit für Pathologisches an Beispielen belegt. Weitere Ausführungen stellen an Einzelvorgängen die Dynamik der gegenseitigen Einflüsse oder ihr bloßes Nebeneinanderbestehen dar. Zum Schluß wird die Schwierigkeit der kulturpsychischen Diagnostik, die Frage der Wertungen und die Stellung der Psychopathologie im wissenschaftlichen Gesamtrahmen besprochen.

Eliasberg (45). Zu kurzem Referat ist die oft in schlagwortähnlichen Sätzen geschriebene und ausgedehnte Literatur heranziehende Arbeit leider nicht geeignet. Es werden behandelt: In der Einleitung: Die Begriffe der Arbeit, der Arbeitspathologie. In den 3 Hauptabschnitten: Die Arbeit als Ursache der Veränderung der

Persönlichkeit (z. B. Erholung, Nebenberufe), Arbeit als ein pathoplastisches Moment bei Psychosen, die pathologische Persönlichkeit in der Arbeitsgestaltung und die Arbeitstherapie. Es werden alle wichtigen Gesichtspunkte wenigstens kurz gestreift.

Im einzelnen betont *E.* den Wert der Erholung im Nebenberuf, die Schädlichkeit der modernen Erholung; an Affektveränderungen bei pathologischen Persönlichkeiten durch das moderne Arbeitsleben unterscheidet er: unmotivierte Affektspannung, Typus der sittlichen Abstumpfung, Typus der völlig Verlumpten. Zum Schluß wird der Heilwert der Arbeit hervorgehoben.

Hartmann (76). Es werden einige Fälle verschiedener Diagnose (Schizophrenie, Kokainismus, Amentia) mitgeteilt, bei denen Flächenfarben mit gleichzeitigen Bewegungsphänomen halluziniert werden. Die Beziehungen dieser Erscheinung zu anderen in der Literatur vorhandenen ähnlichen Beobachtungen werden besprochen.

Hauptmann (78). „Sinnestäuschungen haben primären Objektivitätscharakter. Das Realitätsurteil ist etwas Sekundäres. Es ist aber für die Stellung innerhalb der Psychose das einzig Wesentliche, da eine Sinnestäuschung allein (bei normalem Realitätsurteil) noch keine Psychose zustande kommen lassen würde. Im Grunde handelt es sich nur um einen Spezialfall der Krankheitseinsicht."

Herrmann (85). Einzelne zufällige Beobachtungen über Spiegelsehen bei Gesunden in fahrenden Zügen und Versuch einer Erklärung aus dem Zusammenwirken von vestibularen Erregungen und zerebralen Kompensationen infolge der Prozessivbewegungen. (86) Mitteilung einer einschlägigen Beobachtung bei einem Paralytiker.

Als Einstellungsstörungen bezeichnet *Grünthal* (66) folgende Denkstörung: „Es besteht Unfähigkeit oder Erschwerung, aus einem einmal angeschlagenen Gedankenkreis herauszukommen, weiterhin mehr oder weniger die Unmöglichkeit, Beziehungen mit außerhalb dieses Kreises gelegenen Vorstellungen einzuschalten. Hieraus ergibt sich oft für derartige, im Augenblick dem aktuellen Denken fern liegenden Inhalte eine Reproduktionsstörung, die wie ein Merkverlust aussieht." Es werden einige ausführliche Beispiele dafür gegeben und der bedeutende Wert dieser Störung für die Analyse von organischen Verwirrtheitszuständen hervorgehoben. Die Einstellungsstörung hat mit Aufmerksamkeitsstörungen nichts zu tun. Sie gibt eine Erklärung für das unerwartete Wiederauftreten vorher scheinbar verlorengegangener Inhalte.

An der Hand einiger klinischer Beobachtungen weist *Mayer-Gross* (135) auf die Tatsache hin, daß sich in Depressionen Charakter- und sonstige Anlagen enthüllen und der Psychose sogar ihr besonderes Gepräge geben können. Er bespricht die Bedeutung dieser Beobachtungen für die Lehre von den periodischen Paranoiaformen, für die periodischen Zwangserscheinungen, die Theorie *Stöckers* dabei ablehnend, und betont, daß die Lehre von den Mischzuständen überhaupt, sowie von den hochwertigen Charaktereigenschaften Circulärer unter dem Gesichtspunkt der Charakterenthüllung nachprüfenswert sei.

Sodann bespricht *M.-G.* einige objektive Schwierigkeiten der Charakter-

anamnese. Das psychographische Schema von *E. Stern* lehnt er ab, ebenso die Gegensatzpaare, die *Klages* unter den Begriff der Qualität des Charakters faßt. Er betont die Notwendigkeit und Schwierigkeit der theoretischen Erfassung psychologischer Typen und der Zuordnung des Einzelfalles unter diese durch die Frage-Antwort-Anamnese, wobei er besonders auf die Schwierigkeiten hinweist, die durch die Verknüpfung von Kontrasten im Charakter entsteht.

Krypsin-Exner (110): schildert zahlreiche einschlägige Fälle. Hinweis auf die Diagnose und Klassifikationsschwierigkeiten. Unter den Fällen werden einige sichere Spätschizophrenien beschrieben. Arteriosklerose fand sich unter den Fällen des Verf. (paranoide, paraphrene, melancholische, schizophrene Zustandsbilder) nicht als klinisch bedeutsamer Faktor.

Haberkant (71). Abdruck des Tagebuchs *Bieskes* mit Bemerkungen über die psychiatrische Rubrizierung *Blüchers*. *H.* nimmt zyklothyme Verstimmung an.

Panse (152). Die Untersuchung umfaßt 109 Männer und 96 Frauen (reine Fälle ohne Involutionsmel.). *P.* macht Angaben über das Alter, in dem die Anfälle zuerst (meist zwischen 20—30) und in dem sie gewöhnlich (zw. 20—40) auftreten, weist auf die Verschlimmerung vieler Fälle in den Rückbildungsjahren hin. In 30% vor allem der Depressiven fanden sich Störungen der Menstruation, häufig zu dieser Zeit depressiv-gereizte Verstimmungen. 5 Fälle zeigten leichte Depressionen während der Gravidität, Manien und Depressionen post-partum fanden sich häufiger und waren recht schwer, es kamen aber auch Partus ohne psychische Störungen vor bei denselben Kranken. Psychische Traumen wirken nur bei Konstitutionell-depressiven auslösend. *P.* macht dann Angaben über Körpergewicht, Suicidversuche, Suicide, Dauer der einzelnen Phasen, über die Häufigkeit der einzelnen Typen und deren Beziehungen zu den ausgesprochenen Psychosen:

periodisch depressiv waren ...	37% Männer,	46,8%	Frauen,
hiervon konst.-depressiv	63% „	47%	„
konst.-manisch ...	20% „	17%	„

Unter 14 periodisch Manischen fand sich nur 1 Konstitutionell-depressive.

25% Männer und 30% Frauen mit manischen und depressiven Attacken zeigten typische zirkuläre Bilder.

Hinsichtlich des Ausgangs fanden sich nur 2 chron. Fälle in ihrer Initiative vermindert, 15 Fälle gingen mit Arteriosklerose einher.

Munz (146). Wiedergabe eingehender Protokolle. Die *Kretzschmer*schen Typen sollen sich auch durch den R.-V. verifizieren lassen. (100 Gesunde wurden untersucht, 59 pyknische, 41 schizaffine). Pykniker bevorzugen bei ihren Deutungen ihre gegenwärtigen Interessen und Wünsche, nennen gern weiche, warme, wollene Gegenstände, haben Sinn fürs Handgreifliche und Malerische, Neigen zu Sexualdeutungen.

Schizaffine zählen häufig bloß auf, bleiben affektiv indifferent, sind oft widerstrebend, haben Mühe sich auszudrücken. Alles im Gegensatz zu Pyknikern.

Ossipow (151). Mitteilung von 16, nicht immer beweiskräftigen Fällen. Hinweis auf die Hereditätsverhältnisse (schizophrene und „zyklophrene" Belastung.)

Es handle sich nicht um Kombination zweier nosologischer Einheiten, sondern um „angeborene Kombination zweier pathologischer Anlagen".

Smith (175) bringt, ausgehend von einer das ganze Gebiet der psychiatrisch-genealogischen Untersuchungen umfassenden Fragestellung *Rüdins*, eine besonders wertvolle und großzügige Studie voll von heuristischen Möglichkeiten, mit hunderten von Eigenbeobachtungen und zahlreichen Tafeln über die Familien Geisteskranker. Seine Hauptergebnisse sind folgende: 1. Eltern mit ungleicher psychotischer Anlage haben zahlreiche psychotische Deszendenten. 2. Beiläufig die Hälfte dieser Deszendenten leidet an rein manisch-depress. oder rein schizophrenen Psychosen, die andere Hälfte dagegen an Psychosen mit gemischten Zustandsbildern. Diese letzteren scheinen zuerst manisch-depressiv zu sein, enden aber als Schizophrene. Zu dieser zweiten Hälfte gehören auch solche Psychosen, in denen einzelne manisch-depress. Perioden vorkommen oder zuletzt zu Tage treten oder solche Psychosen, in welchen Schizophrenie mit man.-depress. Irresein abwechseln. Bei manchen ist eine epileptische Tendenz durch Boshaftigkeit oder Bewußtseintrübung zu ebnen. 3. In der Deszendenz gesunder Individuen, deren Geschwister an atypischen Psychosen leiden, treten manchmal die unter 1. beschriebenen kombinierten Psychosen auf. 4. Da ein manisch-depress. Aszendent + einem schizophrenen Aszendenten mehr schizophrene Kinder hat als ein schizophrener Aszendent + einem gesunden Aszendenten, ist es wahrscheinlich, daß die man.-depress. und die schizophrene Anlage in tieferem Zusammenhang stehen. (*Révész-Sibiu.*)

Westerterp (202). Nach einleitender Literaturübersicht und der ausführlichen Schilderung von 10 wahnkranken Patienten, deren Krankengeschichten dann noch ausgedehnt epikritisch erörtert werden, kommt *W.* zu folgenden Schlüssen: Seine Fälle von Verfolgungswahn sind psychische Prozesse im Sinne von *Jaspers*, seine Fälle von Eifersuchts- und religiösem Wahn psychische Entwicklungen. An der Entstehung des Wahns wirken mehrere Faktoren mit: „Charakteranlage, äußere Umstände in der Art der Verarbeitung durch den betr. Charakter und biologische Momente, welche die Charaktereigenschaften verschärfen.

Die Wahnerkrankungen will *W.* einteilen 1. in eine Prozeßgruppe: präseniler Beeinträchtigungswahn, einige Paraphrenien (*Kraep.*), Involutionsparanoia *Kleist*'s, die *Jasper*schen Fälle von Eifersuchtswahn und die „Paranoia persekutoria", bei welcher aber die Prozeßveränderungen kaum erkennbar sein können. Für seine Fälle will er den Namen Paraphrenia persecutoria systematica wählen. Die *Kraepelin*schen Untergruppen der Paraphrenien lehnt *W.* ab.

2. in eine Paranoiagruppe, welche nur quantitativ von der Norm abweicht.

Lange (115). Eine klare, eingehende, 70 Seiten lange Studie, von der hier leider nur die wesentlichen Ergebnisse kurz wiedergegeben werden können:

L. hält an der Existenz einer Paranoia im Sinne *Kraepelins* fest (2 Beobachtungen). Er vergleicht sie mit einem Material von 91 paranoischen Psychosen eigner Beobachtung und dann der Literatur. Dabei zeigt sich, daß weder die Betrachtung der Lebensalter, noch der Wahninhalte, noch der einmaligen oder dauernden Konflikte oder der Charaktereigenschaften, noch die somatischen Faktoren (Involution, Schädeltraumen, Alkohol, Basedowoid) oder komplizierenden anderen

psychopathischen Reaktionsweisen eine klare Trennungslinie zwischen paranoiden Psychopathen, heilbarer und unheilbarer Paranoia zu ziehen gestatten. *L.* zeigt dann in eingehender Analyse, daß das inhaltliche Verstehen keine bindende Gesetzmäßigkeit zwischen Wahn und Erlebnis schafft, daß Erlebnisse wahnbildend wirken, von denen man es nicht erwartet und umgekehrt, und daß die überwiegende Zahl aller Fälle verschiedene ev. zahlreiche Wahninhalte entwickelt. Wir brauchten daher nach seiner Meinung neben Charakter, Erlebnis, Geschichte der Persönlichkeit und Milieu auch nach seinen klinischen Ergebnissen stets die besondere paranoische Reaktionsweise, die ja auch *Jaspers* theoretisch immer gefordert habe. Ein einheitlicher paranoischer Charakter läßt sich wohl nicht aufstellen, dagegen fanden sich bei Auszählungen der Charaktereigenschaften nach dem *Klages*schen Schema gemeinsame Züge: hervorstechende Affizierbarkeit, überwiegender Egoismus, Geltungssucht, Humorlosigkeit, wobei die Grenzen nach den depressiv oder heiter gefärbten Temperamenten noch nicht zu ziehen sind. Die Intelligenz ist fast immer gut, häufig aber fanden sich eigenartige Denkgewohnheiten: Verschwommenheit, Kontaminieren u. a. *L.* zählt dann im einzelnen die Gründe auf, die für die Annahme einer besonderen paranoischen Anlage sprechen und teilt hier auch die interessante Erblichkeit seiner Kranken mit: 22 mal Belastung mit paranoischen Zügen (nur 4 mal mit sicherer Schizophrenie, 3—4 mal mit Schizoidie, 4 mal mit Zirkulären (ev. dazu noch 6 unsichere Fälle)), die im Sinne einer besonderen paranoischen Anlage sprechen. Im übrigen bespricht *L.* die Abgrenzung der paranoischen Denkweise von ähnlichen normalpsychologischen und die Unterscheidung der Paranoia von Querulanten, Wahnformen in der Haft, Wahn bei Schwerhörigen. Dies alles muß im Original nachgelesen werden.

Gaupps (61) klar und fesselnd geschriebener Aufsatz schildert die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Paranoiafrage in kurzer Wiedergabe der wesentlichsten Arbeiten. *Gaupp* betont dabei besonders die Ergebnisse seiner eigenen Arbeiten zum Fall *Wagner* und der charakterologischen und erbbiologischen Typenforschung der Tübinger Schule und weist auf die Notwendigkeit einer biologischen Vertiefung der Begriffe Prozeß und Entwicklung. Daß allerdings wie *G.* hervorhebt, die Paranoia erbbiologische innigere Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein und zur Schizophrenie haben soll, wird gerade nach den neueren Arbeiten *Kehrers* und *Langes* als sehr strittig hingestellt werden müssen.

Gaupp (59) spricht über die schwankende klinische Stellung der Paranoia in den letzten 4 Jahren. Früher wurde ihre Bedeutung überschätzt, heute gilt sie als sehr selten, manche leugnen ihre Existenz überhaupt. Heute muß man unter Paranoia Folgendes verstehen: Bei einer psychopathisch veranlagten, an die Umwelt schlecht adaptierten Persönlichkeit entsteht als Weiterentwicklung eine meist (nicht ausnahmslos) chronische, meist (nicht ausnahmslos) progressive, systematische Wahnbildung mit Verfolgung und Größenwahn. Leichte und abortive Formen kommen vor. Heilung erfolgt, wenn sich die Umweltsbedingungen wesentlich ändern. (*Révész.*)

Galant (58) stellt die Merkmale der autochthonen Ideen *Wernickes* am Beispiele eines Kreuzigungswahnes und der „Weltuntergangsidee" zusammen.

Nach einer, das wesentlichste enthaltenden Literaturübersicht bespricht *Leyser* (125) die rein kardiogenen psychischen Störungen, die kardiogenen Psychosen bei Arteriosklerose, die kardiogenen psychischen Störungen bei Komplikationen mit Paralyse, Lues (selten Organerkrankungen, Leberzirrhose und Infektionskrankheiten), sowie den Verlauf und die Gestaltung der Psychosen beim Auftreten von Herzstörungen. *L.* unterscheidet zwei Formen kardiogener psychischer Störungen:

1. Im Verlauf der Herzkrankheit bildete sich eine unbekannte Noxe, die psychische Störungen vom exogenen Reaktionstyp hervorrief. Die Dauer wechselte, sie zeigten im allgemeinen Tendenz zur Rückbildung. Das Vorkommen hyperästhetisch-emotioneller Schwächezustände konnte nicht sichergestellt werden. Ein korsakowsches Syndrom fand sich nur beim gleichzeitigen Bestehen einer Gehirnarteriosklerose. Die Psychosen wurden nur in der Minderzahl durch homonome Bilder eingeleitet.

Die fragliche Noxe ist unabhängig von dem Verhalten etwaiger Ödeme, gehört in dieselbe Klasse wie die Noxen bei Infektionen usw. Sie liegt vielleicht in einer Veränderung der Blutbeschaffenheit, die aber nur dann zur Psychose führt, wenn bestimmte Hilfsursachen vorhanden sind (Dispositionen, Konstitutionen).

Über diese Faktoren ließ sich folgendes feststellen: Destruktionsprozesse des Gehirns, insbesondere Arteriosklerose, Erkrankungen innerer Organe und Infektionen und Intoxikationen, schaffen keine besonderen Bedingungen für die Entstehung kardiogener Psychosen. Die Geschlechter sind etwa gleich beteiligt, die Altersstufen bis 30. Lebensjahr fehlen fast völlig; von den *Kleist*schen Konstitutionskreisen ist besonders der der Autochthonlabilen beteiligt. Bei Epileptikern sind kardiogene Psychosen bisher unbekannt.

2. Thymogene Psychosen als Reaktionsformen auf die Herzangst. Jaktations- und Erregungszustände, Verkennung der Umgebung, impulsive Handlungen und Selbstmordversuche. Die Angst steigert sich anfallweise.

In milderen Fällen wird die seelische Wirkung des Herzleidens nur bemerkbar bei schon vorhandener Einstellung auf Ängstlichkeit (Arteriosklerose). Diese Form wird zuweilen als Beginn einer exogenen Reaktionsform beobachtet. Dabei ist naturgemäß relative gute Erhaltung der Gesamtpersönlichkeit Bedingung.

Bei schizophrenen Prozessen wirken die Mißempfindungen seitens des Herzens meist nur provozierend auf schizophrene Äußerungen überhaupt.

Bei einer reaktiv labilen Konstitution kommt diese Form selten vor. Die für diese wirksamen Anlässe sind vorwiegend ideelle und setzen gedankliche Verarbeitung voraus. Diese Feststellungen sprechen nach *L.*s Ansicht nicht sehr für die Lehre *A. Adlers* von der Organminderwertigkeit.

Die Annahme einer symptomatisch labilen Konstitution im Sinne *Kleists* erscheint nur für die Fälle gesichert, in denen wiederholt symptomatische Psychosen auf verschiedene Anlässe bzw. symptomatische Psychosen familiär gehäuft auftreten. Für die übrigen Fälle gibt sie vielleicht nur eine Scheinlösung. Es ist ja der Labilitätsgrad abhängig von der Art der Noxe z. B.: für Typhus und Chorea ist symptomatische Labilität größer als für Herzleiden.

Zum Schluß betont *L.*, daß das Herz nicht als „Mittler der Umwandlung differenter Noxen in einheitlich wirkende Faktoren auf psychopathologischem Gebiet“ in Frage kommt.

Massini (133) schildert 2 Formen von Delirien bei Herzkranken. Die erste prognostisch ungünstige Form nennt er Reisedelirien: Die Kranken glauben, an einem fremden Ort zu sein, sind aber im übrigen orientiert und fassen ihre Umgebung richtig auf. Der Grund zu ihrer räumlichen Desorientierung soll in einer „Reisehalluzination“ gelegen sein.

Bei der zweiten selteneren und günstigeren Form sehen die Kranken eine über alle Teile ihrer Umgebung hinweggehende Musterung

Alle derartigen Kranken waren mit Mitteln der Digitalisgruppe behandelt, hatten aber sonst keine Zeichen einer Digitalisvergiftung.

Bostroem (16) bespricht in dieser Antrittsvorlesung in übersichtlicher Weise die bekannten klinischen Veränderungen der Pers. bei funktionell organischen Psychosen, chronischen Infektionen, Intoxikationen und Herderkrankungen, sich im wesentlichen *Bumke*schen und *Jasper*schen Anschauungen anschließend. Er zieht zum Schluß zwei als Arbeitshypothesen gedachte Schlüsse:

1. die Erf. bei seniler Demenz lehren, daß außer dem Vorhandensein anat. Veränderungen offenbar noch eine besondere Vulnerabilität zum Entstehen der Persönlichkeitsveränderungen nötig ist,

2. die Vulnerabilität ist verschieden mit dem Lebensalter, z. B. reagieren Kinder auf Hirntumoren viel geringer als Erwachsene, und Athetose ist eine Reaktion ausschließlich des Kindesalters. Auf eine derartige verschiedene Vulnerabilität versch. Lebensalter könnte vielleicht das Fehlen des Persönlichkeitszerfalles bei Paraphrenie im Unterschied zur Schizophrenie zurückgeführt werden.

Hartmann u. *Schilder* (77). In ausführlichen Darlegungen unter Wiedergabe sehr zahlreicher Krankengeschichten (32 Fälle) wird an der klinischen Existenz einer „Amentia“ festgehalten. Die verwickelten Gedankengänge der Arbeit müssen im Original nachgelesen werden. Als Symptome nennen die Autoren: Ratlosigkeit, Auffassungsstörungen, Zertrümmerung des gedanklichen Zusammenhanges, Halluzinationen, Bestreben die Außenweilt sicher zu erfassen, Bewußtseinstrübung.

Boeminghaus (13). Bei Gallengangsfisteln nach Gallengangsoperationen werden gelegentlich symptomatische Psychosen beobachtet, Verfasser teilt eine (allerdings durch einen Abszeß komplizierte) Beobachtung ausführlich, 3 andere kurz mit und erörtert die Pathogenesefrage. Er glaubt, daß ätiologisch eine Intoxikation mit infolge des Gallenmangels gebildeten toxischen Abbauprodukten der Nahrung angenommen werden muß. Nur bei Fisteln gelange wirklich keine Galle in den Darm, bei Choledochusverschlüssen werde sie wenigstens auch in die Darmgewebe abgelagert und gelange so in Berührung mit den resorbierten Nahrungsbestandteilen.

Walther (196). Sehr eingehende, besonders die klinischen Fragen behandelnde Monographie. Häufigkeit schwererer Psychosen bei Grippe nach Verf. etwa 1—2%. Die Zustandsbilder entsprechen den exogenen Reaktionstypen *Bonhoeffers*, vielleicht mit stärkerer Neigung zu höhergradiger Verwirrtheit, psychomotorischer Erregung

und depressiv-ängstlicher Stimmungslage. *W.* unterscheidet zwei Typen: die vorwiegenden Bewußtseinsstörungen (Delirien, Dämmerzustände, Amentiaformen) und die vorwiegend affektiven Zustände (häufig depressive, selten maniforme). Auch die affektiven Zustände zeigen exogene Beimengungen: Labilität, Sinnestäuschungen, Wahnideen, interkurrente Bewußtseinstrübungen. Verf. betont, daß zwischen allen Typen zahlreiche Übergänge gefunden werden. Der Verlauf ist schwankend, emotionelle Nachstadien häufig. Dauer Wochen bis Monate. Ausgang günstig. Tod durch Grundkrankheit bedingt. Postinfektiöse Dauerdefekte in Verfass. Material nie, überhaupt wohl nur selten vorkommend. Ausbruch in allen Phasen, am gefährdetsten die Deferveszenz. In der Prodromalzeit meist Dämmerzustände, in Fieber- und Deferveszenzzeit Bewußtseinsstörungen, in der Rekonvaleszenz überwiegend „affektive" Störungen. Die Ätiologie ist wohl toxische Einwirkung der Grippeerreger, ob direkte Infektion des Gehirns vorliegt, ist noch nicht zu entscheiden. Die Hyperthermie spielt wahrscheinlich keine Rolle. Hereditäre Belastung ist häufig und scheint verlängernd auf die Grippepsychoseu zu wirken. Einzelne Fälle gehören zur symptomat.-labilen Konstitution *Kleists*. Alle Formen zeigen gern hysteriforme Überlagerungen; besonders neigen angeborene Schwachsinnige mit Grippepsychose dazu. Endogene Psychosen wurden in Verf. Mat. durch Grippe nicht ausgelöst. In einem Teil der Fälle (15 von 60) wirkten andere Momente (Lues, Alkohol) an der Färbung der Psychosen, ev. auch zu ihrer Auslösung mit. Psychische Einflüsse nach einer Grippe führen häufig zu reaktiven Störungen. Die Diagnose basiert auf dem Nachweis der Grundkrankheit (Anamnese !).

Thiele (185) gibt eine genaue Schilderung eines einschlägigen, sehr interessanten Falles. Ätiologie unklar, Typische Symptomentrias: Erbrechen, Obstipation, Bauchkoliken, dazu roter Urin. Mehrfache Schübe. Delirium. Hyperästhetisch-emotionaler Schwächezustand. Polyneuritis der Rumpf- und Gliedermuskulatur, Facialis- und Sensibilitätslähmung. Paresen der Gliedmaßen proximal beginnend. Entsprechende Ausbreitung der Sensibilitätsstörungen. Nach 4 Monaten Rekonvaleszenz, durch neuen Schub zeitweise unterbrochen.

D. Schrijer u. *S. Schrijver-Herzberger* (169). Urobilinurie und Urobilinogenurie sind bei Schizophrenen häufig stärker positiv als bei Nichtschizophrenen. Niedrige stalagmometr. Quotienten im Urin sind bei Schizophrenen häufig. Bilirubinwerte im Blute — aber nicht stark — erhöht. Katatone und Hebephrene meist stärkere Reaktionen. Katatone mit stärkeren Motilitätsstörungen zeigten bei diesen Untersuchungen nichts Besonderes. Hyperbilirubinämie und Urobilinurie fand sich bei verschiedenen Psychosen. Alle Untersuchten waren Juden.

Mayer-Gross (136). Kurzer Überblick über die wichtigsten Stellungnahmen zur Idee der Krankheitseinheit Schizophrenie unter Betonung des Standpunktes, daß es der modernen Forschung doch gelingen werde, die auch ätiologisch einheitliche Kerngruppe der Schizophrenen sicher herauszuarbeiten.

Küppers (111). Nach dem allein vorliegenden Autorreferat handelt es sich um einen Versuch die Schizophrenien, paraphrenen und paranoischen Psychosen als

Störungen des geistigen Wachstums zu begreifen. Die Paranoia erscheint als primäre, in den Triebgrundlagen bedingte Verschiebung der Wertakzente, die Schizophrenien beruhen auf einer Schwächung der „synthetischen Funktion", die Paraphrenien halten zwischen beiden eine Mittelstellung.

Beringer (10). Sehr wertvolle Arbeit. *B.* schildert unter Anführung von Angaben intelligenter Schizophrenen und von Resultaten von Denkprüfungen sehr anschaulich die eigentümliche Flüchtigkeit und Verschwommenheit des schizophrenen Erlebens und die objektive Inhaltsverarmung und Konzentrationslosigkeit bei experimenteller Prüfung der Denkleistungen.

Fünfgeld (54). Die Möglichkeit, daß die Dementia praecox eine heredodegenerative Erkrankung sein könne, wird auf Grund der anatomischen Befunde „lediglich für diskutabel gehalten".

Villinger (192). In dem Eigenbericht werden kurze Bemerkungen über Körperbau, Beziehungen der Schizophrenie zum pyknischen Habitus, zur Spasmophilie usw. gemacht.

Weichbrodt (198). Empfehlung der Injektion von 10 ccm einer 20% Na. salicyl. Lösung intravenös.

Fleck (51). *F.* berichtet über die Lösung von Stuporen bei verschiedenen Kranken (Schizophrenien, Paralysen, Lues Cerebri, Arteriosklerose), durch Kokaingaben von 0,02—0,2, welche aber der vorübergehenden Wirkung und der Gewöhnungsgefahr wegen therapeutisch nicht verwendet werden können. Sie können Einblicke in das Innenleben der Kranken gestatten und die psychopathologische Genese des Stupors aufklären. Die Wirkung erklärt sich aus der durch Kokain gesetzten zentralnervösen Erregung, nicht aber als Suggestivwirkung. Die Bergersche Stuporhypothese wird an der Hand der interessanten Beobachtungen abgelehnt.

Domarus (41). Versuch an der Hand verschiedener Gedankengebilde, Zahlen- und Buchstabensymbolik einer Schizophrenen, den Modus des schizophrenen Denkens zu bestimmen.

Ewald (47). *E.* wehrt zunächst die derzeit häufige Überdehnung des Begriffs „schizophren" ins Gebiet des Psychopathischen ab; er wendet sich gegen die Versuche, die Grenzen zwischen „Schizoid" und „Schizophrenie" zu verwischen bzw. das erstere für das biologische Fundament des letzteren auszugeben und den *Kretschmer*schen Körperbautypen gradlinig zuzuordnen. Er spricht von einem „nivellierenden Schleier des Schizoids".

E. versucht weiter in Verfolg *Reichardt*scher und *Küppers*scher und in Übereinstimmung mit *Bonhoeffer*schen Gedankengängen das psychische Wesen sowohl der Schizophrenie als des „Schizoiden" aus Störungen im Wechselspiel zwischen Hirnstamm und Rinde zu erklären.

Wildermuth (208). Ausführliche Schilderung eines entsprechenden Falles an der Hand eingehender Selbstdarstellungen der Kranken und Wiedergabe symbolischer Zeichnungen.

Rothschild (163) versucht die Charakterzüge der Schizoiden aus einer hypothetischen relativen Insuffizienz der phylogenetisch jüngeren Schichten des See-

lischen gegenüber der Triebkraft und aus der Wirksamkeit eines im „Organapparat" wirksamen „Gestaltungsprinzips" zu erklären. Er bezieht Angst, Zwangsneurosen Paranoia, Hysterie und seine Spekulationen ein.

(164) Versuch einer Erklärung schizophrener und manisch depressiver Psychosen aus spekulativen Erwägungen über die „Triebkraft" des menschlichen Organismus. Manisch-depressives Irresein und ein Teil der Schizophrenien sollen ätiologisch eine Krankheit sein.

v. Leupoldt (123). An der Hand entsprechender Krankengeschichten wird aus dem Gesamtbild der Schizophrenien eine „epileptische Gruppe der Schizophrenien" ausgeschieden. Als charakteristische besondere Merkmale dieser Schizophrenien werden hervorgehoben: erbliche Belastungen mit epileptoiden Zügen, Alkoholismus, Bettnässen, Jähzorn, Imbezillität, furibunder Charakter der Erregungen, epileptoide Züge an den Sinnestäuschungen (kinästhetische Halluzinationen, deliriöse Visionen), blutrünstige Wahnideen, Beginn mit epileptischen Krämpfen u. ä. Die Theorie dieser Zustände kann noch nicht gegeben werden. *L.* erhofft viel von therapeutischen Bestrebungen und weist noch darauf hin, daß sich vielleicht auch eine basedowoide und lymphatische Gruppe der Schizophrenie aussondern läßt.

Stuurmann (182) fand bisweilen in der Verwandtschaft seiner Schizophrenen ausgesprochene Schizophrenien, selten andersartige typische Psychosen (Man.-depr. usw.) häufig atypische Psychosen, die er teils als leichte Schizophrenien, teils als schizoide Psychopathien, teils als Mischpsychosen infolge divergenter Erbanlagen auffaßt. Die Schizophrenien waren im klinischen Symptomenbild und Verlauf meist sehr ähnlich. Häufig fand sich Anteposition.

Mollweide (143) macht unter Hinweis auf frühere eigene Arbeiten folgende Bemerkungen zu *Kleists* Theorie der Schizophrenien: Es handelt sich um eine ätiologische einheitliche Krankheit, die Syndrome der Dementia praecox sind analog aufzufassen wie die progressive Bulbärparalyse, spinale Muskelatrophie als pathogenetisch einheitliche Erkrankungen an verschiedenen Stellen des gleichen Systems. *M.* sucht dann diesen Standpunkt mit der Autointoxikationstheorie der Schizophrenie zu vereinigen.

Liebermeister (126). Eine einheitliche „tuberkulöse" bzw. „metatuberkulöse" Psychose in dem Sinn, daß ein eindeutiger psychiatrischer Symptomenkomplex etwa durch die Tuberkulose und durch keine andere Ursache bewirkt werde, ist bis jetzt durch Tatsachenmaterial in keiner Weise genügend bewiesen. Beziehungen zwischen tuberkulösem Infekt und Psychose bestehen zweifellos. Zu ihrer Aufklärung sind noch wichtige Vorfragen zu lösen: 1. Ob alles, was auf psychischem Gebiet für endogen gehalten wird, nicht auch durch intrauterin oder in der Kindheit wirkende exogene Ursachen hervorgerufen werden kann. 2. In welcher Weise endogen verankerte Anlagen durch die tuberkulöse Infektion beeinflußt und möglicherweise manifest gemacht werden. 3. In welcher Weise die Krankheitsbilder der Psychosen durch die biologische Heilung der tuberkulösen Infektion beeinflußt werden. (Eigenbericht.)

Müller (145). Die Arbeit stützt sich auf 600 KG. der Jahre 1906—1923 der

Landesanstalt Roda i. Th. Verf. schickt längere Ausführungen über die Frühsymptome der Dem. praecox und die diagnostischen Schwierigkeiten voraus. Er fand: bei Männern gute Begabung in 16,7%, Minderbegabung 15,2%; bei Frauen gute Begabung in 12,0%, Minderbegabung 16%. Die präpsychotischen Charaktere unterscheidet Verf. in 3 Gruppen: I. stille, scheue, ängstliche, gewissenhafte; II. Mangel an Kraft, Stetigkeit des Willens und Arbeitsscheu; III. abnorm, reizbar störrisch, unstet, schwankend, und fand bei Männern I. 23,1%, II. 7,4%, III. 13,3%, bei Frauen I. 21,3%, II. 1,3%, III. 28%. Bezüglich des Erkrankungsalters ergab sich: 1. hebephrene Bilder: 8,7% vor, 1,7% nach dem 26. Jahre, mit 41 Jahren ein einzelner Fall. 2. Katatonie: 30 Fälle, nicht ausgewertet, letzter Fall mit 43 Jahren. 3. Dem. paranoides: Beginn der Kurve im 22. Jahre, gehäuftes Auftreten 25.—28. Jahr (mehr Frauen als Männer). 2. Gipfel vom 35. Jahre an. Bei Männern Höchstzahl im 38. Jahre, bei Frauen bis zum 50. Jahre gleiche Höhe behaltend ,bis zum 60. Jahre kamen noch 0,3% Erkrankungsfälle vor.

Die Belastungsziffern, die Verf. noch anführt, bieten kein besonderes Interesse.

Plötzl u. *Wagner* (159). Bei zwei therapeutischen Versuchen mit Ovarientransplantationen an kastrierten älteren Schizophrenen fanden sich kleinzystische Degeneration der Ovarien und mikroskopisch Bindegewebswucherung, Vergrößerung der Corpora albicantia und verzögerte Rückbildung der Corpora lutea. Dieselben Veränderungen, aber in geringerem Grade bei einer durch Suizid geendeten relativ frischen Schizophrenie. Ähnliche Veränderungen sind in der Literatur auch von den Hoden Schizophrener beschrieben (Frank u. a.). Die Verf. glauben, daß die Veränderungen als Reaktion auf spezifische Schädigungen des Parenchyms zu deuten sind und parallel der Erkrankung fortschreiten. Sie weisen darauf hin, daß derartige Veränderungen von den Anlagefehlern unterschieden werden müssen. Sie besprechen die Befunde dann von verschiedenen Gesichtspunkten (klinisch, psychologisch, physiologisch) und kommen zu einer Hypothese, „die als Ausdruck der Keimdrüsenschädigung bei Dementia praecox des Weibes eine Verzögerung der Rückbildung der Corpora lut. annimmt, wie sie einer Schwangerschaftswirkung wenigstens einigermaßen vergleichbar und ähnlich ist“.

Menninger von Lerchenthal (139) teilt unter Anführung der Literatur seine Untersuchungsmethode und Ergebnisse an im ganzen 40 vorwiegend frischen Fällen (12 Hebephrenie, 11 Katatone, 17 Paranoide) mit. Er stellt fest, daß es adr. unempf. Fälle gibt. Sie verhalten sich zu den adrenalinempfindlichen in seinem Material bei den hebephrenen und katatonen wie 2 : 1, bei den paranoiden wie 1 : 1 bei allen untersuchten D. p. wie 3 : 2.

Es wurde die Blutdruckbestimmung immer an beiden Armen kurz nacheinander (Injektion erfolgte am rechten Oberschenkel) mit dem großen Recklinghausenschen Apparat gemacht. Dabei zeigte sich, daß häufig zwischen beiden Armen Differenzen im Blutdrucke nach der Injektion gefunden werden können. 8 dieser Fälle wurden im Verlauf der Psychose wiederholt untersucht. Als Ergebnis ist nach Meinung des Verf.s festzustellen, daß hier keine Zufallsbefunde vorliegen, sondern eine bisher unerkannte und nicht zu deutende Gesetzmäßigkeit und daß ein Parallelismus zwischen klinischem Verlauf und Art der bilateral verschiedenen Gefäßreaktion

vorzuliegen scheint. Die Schwankungen in den Versuchsresultaten können die Divergenz in den Befunden der verschiedenen die Frage behandelnden Autoren erklären. Die Versuche bedürfen wohl noch der Nachprüfungen an einem größeren Material. Verf. weist selbst darauf hin; zum Schluß hebt er hervor, daß neben zentralnervösen Faktoren auch eine Steigerung des Cholesteringehaltes des Blutes als Bedingung für die A, U. heranzuziehen ist.

Weeber (197) bestätigt *Weichbrodts* Angaben über die beruhigende Wirkung der 20% Na. salicyl. Injektionen bei Schizophrenen. Gibt an, daß analog auch in akuten schizophrenen Schüben das Atophanyl wirke. Die pharmakodynamische Wirkungsweise ist unbekannt.

Klieneberger (104) verneint in ausführlicher Begründung (auch die sog. nuptiale Schizophrenie wird herangezogen) und unter Heranziehung gleichsinniger Äußerungen namhafter Psychiater die 4 möglichen Fragen: 1. Hat der Krieg überhaupt eine Zunahme der geistigen Störungen, 2. speziell der Dementia praecox bewirkt? 3. Zeigt die Dementia praecox in Erscheinungen und Verlauf erhöhte Beziehungen zum Krieg, besonders 4. in der Frage der Verursachung?

Naito (148) Histologische Untersuchungen aller Brodmannschen Areae an 10 Fällen mit verschiedener Krankheitsdauer, Lebensalter und Todesursache. Die Literatur wird ausführlich referiert und diskutiert. An den Meningen und den Gefäßen wurden keine auf den schizophrenen Prozeß zu beziehenden Veränderungen gefunden. Charakteristisch in den untersuchten Fällen waren vor allem die Art der Ganglienzellveränderungen: Lipoidose, Chromatolyse und Schwellung der Dendriten, Abblassen und Abbrechen derselben vor dem Zellschwund, Bildung eines Netzgewebes in der Zelle, Abblassung und Schwund der Zelle bei gleichzeitiger Kernschwellung. Seltener fand sich Zellsklerose. Der Zellausfall ist vielfach lokal, betrifft am stärksten die III. und VI. Schicht, zieht aber auch die II., IV. und V. Schicht in Mitleidenschaft. Der Stirnlappen ist stets am stärksten, der Occipitallappen am schwächsten betroffen. Auch der Temporallappen meist in einzelnen Arealen betroffen. Der Prozeß ist stets diskontinuierlich. Es wurden Ausfälle der superradiären, weniger der interradiären und am wenigsten der Tangentialfasern gefunden. Der Abbau derselben scheint eminent chronisch zu verlaufen und entspricht im wesentlichen dem der Ganglienzellen, nur selten erschienen die Zellen schwerer geschädigt als die Fasern, noch seltener verhielt es sich umgekehrt. Die Glia verhält sich auffallend torpid. Es kommt zu keiner adäquaten Gliareaktion. Neuronophagie ist wohl stets Ausdruck einer Komplikation. Protoplasmat. Gliazellen gehen durch Verfettung und Zellschwund, nicht in Form amöboider Glia zugrunde. Dies führt im Verein mit der Parenchymdegeneration zu kleinen Herdbildungen, die im Nisslbilde Netzcharakter zeigen. In alten Fällen fand sich Vermehrung der fibrillären Glia entsprechend der Ausbreitung des Prozesses.

Hartmann (75). Ausführliche Wiedergabe und psychopathologische Analyse „reaktiver schizophrener Psychosen“ zweier Schwestern 6—8 Tage nach dem Tode ihres Vaters. Eine der Schwestern hatte bereits einige Jahre vorher einen schizophrenen Schub nach Partus durchgemacht. Verf. wendet sich zum Schluß

gegen die Jasperschen Darlegungen über den Begriff der reaktiven Psychosen (74) Mitteilung einer einschlägigen Beobachtung und Diskussion der Literatur auch hinsichtlich der Lokalisation.

Langelüddeke (116) führt eine Polemik gegen *Storch*. Hinweis darauf, daß derart primitive Gedanken noch heute unter uns weit verbreitet sind, unter Anführung von Beispielen; daß nicht die Inhalte, sondern die Denkformen das wesentlich psychotische der Schizophrenie darstellen; daß das schizophrene „archaische" Erleben individueller, das echte primitive überindividueller Genese und daß der Primitive noch keine höheren Denkformen ausgebildet habe, während beim Schizophrenen das höhere Werkzeug ungenützt liegen bleibe.

Aus Blutkörperchenzählungen und Körpergewichtszahlen errechnet *Kritzinger* (109) eine 12 und eine 106tägige Periode bei Schizophrenen, welche mit Witterungseinflüssen korrespondieren sollen.

Buscaino (24) betrachtet die Dementia praecox, die Amentia, ferner postencephalitische und nicht postencephalitische extrapyramidale Syndrome als Intoxikationen des Nervensystems infolge von Anwesenheit spezieller anormaler Amine im Blutstrom. Diese Amine können leicht durch seine Argent. nitr.-Probe erkannt werden und sind extrazerebralen Ursprunges. In erster Reihe kommen sie aus dem Dünndarm, wo sie wahrscheinlich unter dem akuten oder chemischen Einfluß spezieller, aber von denen der Tbc. verschiedener Mikroorganismen in einer Art von „sepsis lenta" gebildet werden. Die von ihm gefundenen (allerdings *Salustri* nur als technische Artefakte betrachteten) traubenförmigen Zersetzungsschollen bilden eine der histologischen Manifestationen der Aktionen anormaler Amine auf das Nervensystem. (*Révész.*)

Buscaino (22) gibt einen Überblick über die histopathologischen Entdeckungen am Gehirne von Schizophrenen von 1920—1923. Die wichtigsten Ergebnisse sind: In einigen Fällen anormale Entwicklung des Gehirns. Degenerative Läsionen des eigentlichen Nervengewebes, Vakuolen in den Zellen. Mikroskopische Herde, die das Gehirn tüpfeln. Traubenförmige Zersetzungsschollen. Hauptsächlich ist der Stirnlappen und zwar dessen dritte Schicht angegriffen. In Fällen von Halluzinationen der Hörsphäre ist der Temporallappen angegriffen, in katatonischen Fällen das Pallidum, das Mesencephalum, der Nucl. dentatus des Kleinhirnes, die Oliva und deren Bahnen. Die Dem. praecox zeigt sich vom histologischen Standpunkte aus wie ein exogenes Syndrom. Die große Anzahl von pathol. Herden erklärt zur Genüge die dissoziativen Sympsome der Dem. praec. Die Teilnahme von Läsionen der extrapyramidalen Zentren erklärt die kataton. Symptome. Diese letzteren sind nicht psychischen Ursprunges und stammen nicht von im Unbewußten schwebenden „Komplexen". sondern von toxischen Prozessen der mit tonischen Innervationen betrauten Zentren. (*Révész.*)

Buscaino (23) bestreitet *Salustri* gegenüber, daß die sog. traubenförmigen Zersetzungsschollen im Gehirn von Schizophrenen technische Artefakte wären. Diese Schollen, die in vier verschiedenen Typen vorkommen, sind im Gegenteil für die Schizophrenie charakteristische pathologische Gebilde. (*Révész.*)

Salustri (167 a) bekämpft *Buscaino*, der die sog. traubenförmigen Zersetzungs-

schollen im Gehirn von Schizophrenen als charakteristischen Befund betrachtet hatte. *S.* hingegen bezeichnet jene Schollen als technische Artefakte, die den sog. Konkrementen von *Nissl*, *Alzheimer*, *Bonfiglio* u. a. verwandt und bloß aus den Myelinscheiden durch Alkohol und Xylol extrahierte Lipoide sind. (*Révész.*)

Furrer (56) hat mit Somnifendauernarkose nach *Kläsi* bei Schizophrenen gute Erfolge gehabt. Einleitung mit Scopolamin. Mehrfach toxische Erscheinungen: Erbrechen, Urinretention, Anorexie, Hyperhidrose, Ptyalismus. 2 Exitus nach 3. Injektion unter 22 Fällen, nachdem Fieber, bedrohliche Atem- und Kreislaufstörungen vorhergegangen waren.

Gundert (69) rühmt das Somnifen bei einmaliger intravenöser Injektion, warnt vor Somnifendauernarkose wegen Intoxikationsgefahr. Nach 3. Injektion in einem Falle von 18 unter Fieber, Gefäßlähmungen (Hautrötung) Exitus 34^h p. inj. Die Erzeugung des Dauerschlafs ist in der Schizophreniebehandlung von Wert, das dazu geeignete Schlafmittel noch Desiderat.

Hedinger u. *Kläsi* (80) fanden bei intravenöser Somnifenzufuhr Blutdrucksenkungen, Zunahme des Pulsvolums, die allerdings noch von psychischen Bedingungen abhängig ist. Beide Erscheinungen beruhen auf Erweiterung der peripheren Gefäße, welche wiederum von der psychischen Beruhigung durch das Hypnotikum abhängen soll.

Malachowski (131) rät zu größter Vorsicht bei Dauernarkosen. Bei Einzelgaben ist Somnifen als spritzbares Mittel eine wertvolle Bereicherung. Unter sechs Fällen einmal ein schwerer Kollaps durch Atemlähmung bei sehr kräftigem Individum. Keine Nachwirkung nach Dauerschlaf.

Möllenhoff (141) sah unter 12 Fällen 2 Exitus (*Moser* unter 25 einmal, *Kläsi* unter 26 Fällen 2 Exitus). Erscheinungen wie in anderen Fällen. Psychische Wirkung ist gut. Die Kranken werden „sanfter". Mehrere Versager.

v. Thurzó (186) empfiehlt Somnifen bei eklamptischen Anfällen.

Wilder (207) rühmt am Somnifen den breiten Abstand zwischen wirksamer und toxischer Dosis (wohl nur bei einmaliger Gabe, sonst Kumulierung möglich, Ref. !). Die blutdrucksenkende Komponente sei von keiner praktischen Bedeutung.

Wiethold (205) rühmt die gute Wirkung von Dauerschlaf durch Scopolamin-Paraldehyd-Klysmen (1—2 mg Scop., 5—10 g Paraldehyd.) in beliebig langer Anwendung.

Stuurman (181) behandelt mit Erfolg mehrere Geisteskranke mit Somnifen. Ältere Fälle von Schizophrenie besserten sich nicht, aber die Katatonie verschwand. Der Erfolg war bedeutend größer bei akuten Fällen. Ebenfalls erfolgreich war die Behandlung bei Manie und Angstmelancholie. Interessant ist, daß die gebesserten Schizophrenen mit starkem Stimmungswechsel reagierten. (*Révész.*)

Möllenhoff (142) teilt nach Erörterung der allgemeinen Grundlagen der psychologischen Typenforschung und der Konstitutionslehre unter gleichzeitiger Heranziehung der Literatur das von ihm angewandte, von Martin beeinflußte Untersuchungsschema mit. Er fand unter 125 M. und 64 W.:

	asthenisch:		athletisch:		pyknisch:		dysplastisch:		Unauffällig:	
	M. 15	W. 0	M. 9	W. 4	M. 13	W. 4	M. 19	W. 11	M. 69	W. 34
schiz.	13	9	4	—	4	3	18	11	52	26
man.-depr.	2	2	5	4	9	1	1	—	17	8

M. erörtert ausführlich die Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Mischtypen und der Unauffälligen, bei denen er das Vorkommen einzelner typischer Merkmale nicht leugnet, sowie vor allem die, durch die Beziehung der Körperbauformen zum Lebensalter auftauchenden Probleme, die Ergebnisse der Körpermessung, die Beziehung zu innerer Erkrankung, zu Beruf und Rasse an seinem Material.

Kolle (106) findet, daß die von ihm Untersuchten 100 mecklenburgischen Schizophrenen in sich keinen einheitlichen Körperbau aufweisen. Pykniker, Astheniker und Athletiker fanden sich gleich häufig, dysplastische Stigmen selten. Die Typendiagnostik läßt nach seiner Meinung dem Ermessen des Untersuchers zu weiten Spielraum, häufig fehle die Übereinstimmung von Maß und optischen Eindruck. Die Arbeit ist besonders scharf in der Kritik der *Kretschmer*schen Lehre, nicht hinsichtlich der Existenz der Typen überhaupt, sondern hinsichtlich ihrer Affinität zu den Psychosekreisen.

Kretschmer (107). Kritische Stellungnahme zu dem Ergebnisse *Kolles*.

Wyrsch (212) betont die Übereinstimmung seiner Befunde mit *Kretschmers* Ansichten. Er findet bei 192 Schizophrenen: athletisch 14,58%, „asthen.-athletisch“ 18,75%, asthenisch 3,64%, pyknische Mischformen 5,73%, dysplastisch 8,86%, unklar 5,73%.

Schultz (171). Mitteilung zweier einschlägiger Beobachtungen und Stellungnahme im Sinne *Kretschmers*.

van der Horst (94). Untersuchungen an Kranken und Gesunden mit dem Reaktionsversuchsapparat (1. wiederholtes Niederdrücken in best. Zeitraum, 2. Untersuchungen der Reaktionszeiten mit und ohne Ablenkung, 3. über die Umdrehungszahl, die eine blaugrün-rote Scheibe machen muß, bis Grau gesehen wird, 4. des Bewußtseinsumfanges am Tachistoskop) zeigten deutliche Unterschiede zwischen Pyknikern und Leptosomen. Zu 1. in 10 Sekunden: Leptosome höhere Zahlen als Pykniker. Zu 2. Leptosome mit Ablenkung niedrigere, ohne Ablenkung höhere Durchschnittszeiten als Pyknische, Zu 3. Leptosome höhere Umdrehungsziffern als Pyknische. Zu 4. Pyknische höheren Umfang, geringere Fehler. Es werden dann Selbstschilderungen der Versuchspersonen über ihr Innenleben mitgeteilt. Es wurde ein detaillierter „Eigenschaftsbogen“ vorgelegt, auf dem pyknische und leptosomaffine Charakterzüge zu zwei Gruppen zusammengefaßt waren mit der Frage, durch welche Gruppe die VP. am besten sich geschildert fühlten. Die 12, welche sich für die „schizoide“ Gruppe entschieden, waren alle leptosom, von 17, welche sich „zykloid“ fühlten, 16 pyknisch. Auch im freien Assoziieren traten Unterschiede zutage.

---

6. Organische Psychosen.

Ref. Langelüddeke-Hamburg.

1. *Abramson* and *Rabiner*, Some phasic and permanent mutations in certain encephalitic syndromes. Journ. of nerv. and ment. dis. Bd. 60, Nr. 3.
2. *Adamkiewicz*, *M.*, Über die striären Bewegungsstörungen und die Funktion des Corpus striatum. Fortschr. d. Med. H. 4—5, S. 47.
3. *Adler*, *E.*, Stauungspapille bei mult. Sklerose. Med. Klin. Nr. 46, S. 1607.
4. *Derselbe*, Blasenbildung der Haut bei Encephalitis epidemica. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 146, H. 1, S. 86.
5. *Derselbe* u. *Lucksch*, Die Encephalitis epidemica (Übersichtsreferat). Beitr. z. ärztl. Fortbild. Nr. 2, S. 9, und Nr. 3, S. 20.
6. *Agostini*, *C.*, La cura della encefalite letargica col neosalvarsan. Policlinico, sez. prat., Nr. 29, S. 938.
7. *Albrecht*, *O.*, Diagnose der beginnenden progressiven Paralyse (Ein Vortrag). Wien, M. Perles, 25 S. 0,65 M. (S. 160*.)
8. *Anders*, *H. E.*, Die Aktinomykose des Zentralnervensystems und seiner Häute. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40, H. 1—2, S. 1.
9. *Appelrath*, Steigerung der Hautempfindlichkeit für Röntgenstrahlen bei Encephalitis lethargica. Strahlentherapie Bd. 18, H. 3, S. 593.
10. *D'Arman*, *S.*, Postumi di encefalite letargica trattati coi raggi X. Actinoterapia Bd. 4, H. 1, S. 12.
11. *Árpási*, *A.*, Die prognostische Bedeutung der Exantheme für die nervöse Spätlues. Wien. klin. Wschr. Nr. 1, S. 11.
12. *Artwiński*, *E.*, Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Malaria. (Poln.) Polska gazeta lekarska Nr. 51, S. 800.
13. *Askgaard*, *V.*, Vorläufige Resultate einjähriger Malariabehandlung von Paralytikern. (Dän.) Ugeskrift f. Laeger Nr. 15, S. 307.
14. *Bakker*, *S.*, Atrophia olivo-pontocerebellaris. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 213.
15. *Baló*, *J.*, Encephalitis epidemica und Gesamtorganismus, zugl. Ber. üb. s. Epidemien in Budapest. Frankf. Ztschr. f. Path. Bd. 30, S. 512.
16. *Barker*, *L. F.*, The symptomatology and the treatment of the parkinsonlike sequelae of epidemic encephalitis. Internat. clin. Bd. 2, Ser. 34, S. 120.
17. *Barth*, *G.*, Tödliche Spätblutung aus der Carotis interna nach Schädeltrauma. D. med. Wschr. Nr. 26, S. 875.
18. *Barzilai-Vivaldi*, *G.* und *Kauders*, *O.*, Die Impfmalaria-experimentell durch Anophelen nicht übertragbar. Wien. klin. Wschr. Nr. 41, S. 1055 u. Ztschr. f. Hyg. Bd. 103, H. 4, S. 744.

19. *Basso, E.*, Sulle forme atipiche ec esiti della encefalite epidemica con part. rig. alle forme cerebellari. Giorn. di clin. med. H. 12, S. 441.
20. *Bastai, P.*, e *Busacca, A.*, L'infezione erpetica umana (Sua patogenesi e pretesi rapporti colla encefalite epid.) (m. deutscher Zusammenfassung). Schweizer Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 15, H. 2, S. 176.
21. *Becker, G.*, Beobachtungen über Konstitution und Pathogenese bei der sog. epid. Encephalitis. Ztschr. f. Konstitut.-Lehre Bd. 9, H. 6, S. 573.
22. *Behr, C.*, Zur Entstehung der mult. Sklerose. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 633.
23. *Benedek, L.* und *Schilder, P.*, Über das Nachsprechen von Testworten bei einer in Rückbildung begriffenen motorischen Aphasie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 79.
24. *Berger, H.*, zur Innervation der Pia mater und der Gehirngefäße. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 216.
25. *Beringer*, Auslösung eines neuen Encephalitisschubes durch körperliche Überanstrengung? Klin. Wschr. Nr. 45, S. 2058. S. 166*.)
26. *Betlheim, St.*, Säuglingsreflex bei Apraxie. Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 226.
27. *Derselbe*, Zur Frage des zwangsmäßigen Greifens bei organ. Hirnerkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, H. 3, S. 141.
28. *Bielschowsky, M.*, Über den Status marmoratus des Striatums und atypische Markfasergeflechte der Hirnrinde. Journ. f. Psych. u. Neur. Bd. 31, H. 3—4, S. 125.
29. *Derselbe*, Über die Oberflächengestaltung des Großhirnmantels bei Pachygyrie, Mikrogyrie und bei normaler Entwicklung. Ebenda Bd. 30, H. 1—2, S. 29.
30. *Bigland, Ph. M.* u. a., On the relation between general paralysis and somatic syphilis. Lancet Bd. 207, Nr. 12, S. 588.
31. *Bing, R.* und *Schwartz, L.*, Über Torsionsdystonien und verwandte Symptomenkomplexe im Gefolge von Encephalitis epidemica. Schweizer Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 14, H. 1, S. 80.
32. *Binswanger, O.*, Die Pathologie und Pathogenese der Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3—4, S. 341. (S. 159.)
33. *Birkholz*, Klinischer und pathologischer Beitrag zur Genese von otogenen Cerebellarabszessen (m. Bemerkungen über Kleinhirnnystagmus). Arch. f. Ohr., Nas.- u. Kehlk.-Krankh. Bd. 112, H. 2, S. 125.
34. *Boas, K.*, Über pallidostriäre Syndrome im Gefolge der Lues und Metalues. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 5, S. 662. (S. 162*.)
35. *Böhmig, W.*, Über die Fieberbehandlung der progressiven Paralyse durch Milchinjektionen. Arch. f. Psych. Bd. 71 H. 5, S. 701. (S. 163*.)
36. *Boening, Heinz*, Zur Rekurrensbehandlung der Paralyse. Psych.-neur. Wschr. Nr. 31/32, S. 161. S. 163*)

37. *Böning, Herta,* Zur Kenntnis des Spielraums zwischen Gehirn und Schädel. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 72.
38. *Boenninghaus,* Über latente Schwäche des Gaumensegels nach „Grippe-encephalitis" und ihren Nachweis durch Herunterdrücken des Zungengrundes. D. med. Wschr. Nr. 43, S. 1472.
39. *Derselbe,* Über halbseitige Rachenlähmung nach Grippeencephalitis. (Nachweis durch die Phonation). Ebenda Nr. 24, S. 801.
40. *Bohne, O.,* Beobachtungen bei Encephalitis epidemica. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3—4, S. 543.
41. *Bolsi, D.,* La sindrome psicopatica dei fanciulli e degli adolescenti da encefalite epid. Riv. d. patol. nerv. e ment. Bd. 29, H. 3—4, S. 142.
42. *Bolten, G. C.,* Die Wilsonsche Krankheit. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. 1. Hälfte Nr. 11, S. 1145.
43. *Bondy, H.,* Behandlung der progressiven Paralyse mit Malaria. (Tschech.) Časopis lékařův českých Nr. 46, S. 1671 u. Nr. 47, 1699.
44. *Bonfiglio, F.,* Nuove ricerche sull' encefalite spontanea degli conigli. Bull. e atti della r. accad. med. di Roma Jg. 50. (S. 160*.)
45. *Derselbe,* Una malattia spontanea dei centri nervosi nel coniglio (encefalite infiltrativa non purulenta). Ebenda. (S. 160*.)
46. *Borgherini,* Zur Klinik der Kleinhirngeschwülste. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 81, H. 1—4, S. 84.
47. *Bostroem, A.,* Das Wesen der rigorfreien Starre. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 1, S. 128. (S. 168*.)
48. *Derselbe,* Encephalitische und katatone Motilitätsstörungen. Klin. Wschr. Nr. 12, S. 465. (S. 168*.)
49. *Derselbe,* Über optische Trugwahrnehmungen bei Hinterhauptsherden. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, H. 4, S. 210. (S. 176*.)
50. *Bouman, K. H.,* Die Fieberbehandlung bei Dementia paralytica. (Holl.) Psych. en neur. bladen, Jelgersma-nr., S. 421.
51. *Bouman, L.,* Über die Entwicklung der senilen Plaques. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2 u. 3, S. 267.
52. *Derselbe,* Beitrag zur Klinik der Encephalitis epidemica (sive lethargica). (Holl.) Psych. en neur. bladen, Jelgersma-nr., S. 441. (S. 170*.)
53. *Derselbe,* Gliaherde bei Tetanus und bei Dementia paralytica. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. 2. Hälfte, Nr. 8. (S. 161*.)
54. *Derselbe,* Encephalitis herpetica experimentalis. (Holl.) Ebenda Nr. 5. (S. 166*.)
55. *Derselbe,* Encephalitis periaxialis diffusa. (Engl.) Brain, Bd. 47, H. 4, S. 453. (S. 170*.)
56. *Bouman, L.* und *Bok, S. T.,* Die Verbreitung der Spirochaeten b. juveniler Paralyse. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. 2. Hälfte, Nr. 13. (S. 161*.)

57. *Braun, E.*, Über Hirnveränderungen bei funikulärer Erkrankung des Rückenmarks. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 133. (S. 179*.)
58. *Bravo, J. C.*, Extrapyramidaler Symptomenkomplex. (Span.) Med. ibera Bd. 18, Nr. 363, S. 917.
59. *Breitner, B.*, Epithelkörper-Implantation bei Morbus Parkinson. Wien. med. Wschr. Nr. 35, S. 1824.
60. *Bremer, Coppez et Sluys*, Traitement des tumeurs de l'encéphale (non hypophysaires) par la radio-thérapie profonde, technique et premiers résultats. Cancer Nr. 2, S. 145.
61. *Brinkmann, Fr.*, Wandlungen im Verlaufe der progressiven Paralyse der Irren? Allg. Ztschr. f. Psychiat. Bd. 80, H. 1—2, S. 80.
62. *Brosius, O. T.*, Cerebral malaria. Report of an unusual case. Journ. of amer. med. ass. Bd. 83, Nr. 11, S. 841.
63. *Bumke*, Paralyseprobleme. Japan.-dtsch. Ztschr. f. Wissensch. u. Technik H. 6, S. 205. (S. 160*.)
64. *Buscaino, V. M.*, Neue Tatsachen über die pathologische Histologie und die Pathogenese der Dementia praecox, der Amentia und der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 210 (auch Encéphale S. 217.).
65. *Buß* und *Peltzer*, Über erfolgreiche Behandlung der Encephalitis epidemica mit Trypaflavin. D. med. Wschr. Nr. 30, S. 1014. (S. 171*.)
66. *Butoianu, M. St.*, und *Stoian, C.*, Betrachtungen über die traumatische Epilepsie. (Rumän.) Rev. sanit. milit. Nr. 4, S. 141.
67. *Buzzard, E. F.*, Encephalitis lethargica. Brit. med. journ. Nr. 3334, S. 937.
68. *Capeller, F.*, Die Bedeutung der neueren Forschung über die multiple Sklerose. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 586.
69. *Carrette, P.*, Syphilis cérébrale, paralysie générale ou folie intermittente. Paris méd. Nr. 37, S. 8.
70. *Castex* und *Camaiier*, Zum Studium der Tumoren des rechten Temporallappens. (Span.) Prensa méd. argentina. Nr. 23, S. 577.
71. *Chambers, E. R.*, Paralysis of divergence in encephalitis lethargica. Brit. journ. of ophth. Bd. 8, Nr. 9, S. 417.
72. *Charpentier, P. J. L.*, L'encéphalite léthargique brève. Arch. de méd. et pharm. navales Nr. 4, S. 309.
73. *Choroschko, W.*, Zur Lehre von der traumatischen kinetischen Apraxie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 195.
74. *Clark, L. P.*, The surgical Treatment of organic epilepsy. Clinical and pathologic analysis of thirty cases. Journ. of the amer. med. ass. Bd. 82, Nr. 10, S. 770.
75. *Claude, H.* et *Robin, G.*, Le syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant et la notion de dégénérescence mentale. Ann. méd.-psych. Nr. 5, S. 407.

76. *Claude*, *Targowla* et *Santenoise*, La phase pré-symptomatique de la paralysie générale. Presse méd. Nr. 9, S. 89.
77. *Clauß*, *O.*, Über hereditäre cerebellare Ataxie in Verbindung mit Pigmentdegeneration der Retina (Retinitis pigmentosa) und Degeneration des N. cochlearis. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 294.
78. *Collier*, *J.* and *Greenfield*, *J. G.*, The encephalitis periaxialis of Schilder. Brain Bd. 47, H. 4, S. 489.
79. *Comby*, *J.*, Les séquelles de l'encéphalite aiguë chez les enfants. Arch. de méd. des enfants. Bd. 27, Nr. 1, S. 1.
80. *Courcoux* et *Meignant*, A propos du traitement de l'encéphalite epidémique par le salicylate de soude. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. N. 15, S. 599.
81. *Creutzfeldt*, *H. G.*, Encephalitis epidemica, Übersichtsreferat. D. med. Wschr. Nr. 7, S. 211.
82. *Derselbe*, Zur Anatomie und Lokalisation der Spätencephalitis. D. Ztschr. f. Nervenkh. Bd. 81, S. 190.
83. *Curschmann*, *H.*, Pallidostriäre Syndrome. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 78.
84. *Derselbe*, Syphilis des Zentralnervensystems, einschließlich progressive Paralyse. Ebenda Nr. 1, S. 16.
85. *Derselbe*, Über eine sehr chronische und gutartige Form der Wilsonschen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 579. (S. 171*.)
86. *Dattner*, *B.*, Probleme und Ergebnisse der Paralysebehandlung. Klin. Wschr. Nr. 5, S. 177.
87. *Dattner*, *B.* und *Kauders*, *O.*, Klinische und experimentelle Studien zur therapeutischen Impfmalaria. Jahrb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 1. (S. 164*.)
88. *Dietrich*, *A.*, zur sozialen Bedeutung der Encephalitis epidemica. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, H. 1, S. 12.
89. *Doerr*, *R.*, Ergebnisse der neueren experimentellen Forschungen über die Aetiologie des Herpes simplex und des Zoster. Ztlbl. f. Haut- und Geschlechtskr. Bd. 13, H. 9, S. 417, Bd. 15, H. 1—2, S. 1 und H. 3—4, 129. (S. 166*.)
90. *Doerr*, *R.* und *Zdansky*, *E.*, Kritisches und Experimentelles zur ätiologischen Erforschung des Herpes febrilis und der Encephalitis lethargica. Ztschr. f. Hyg. Bd. 102, H. 1—2, S. 1. (S. 166*.)
91. *Donner*, *S.*, Die arteriosklerotische Belastung der Paralytiker und anderer Geisteskranker. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 429.
92. *Dudgeon*, *J. S.*, The Spatz test for iron in the brain. Journ. of mental. science. Bd. 70, Nr. 291, S. 577.

93. *Dufour*, *H.*, Traitement de l'encéphalite épidémique. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 14, S. 543.
94. *Duncan*, *A. G.*, The sequelae of encephalitis lethargica. Brain, Bd. 47, H. 1, S. 76.
95. *Dürck*, *H.*, Über die sog. Kolloiddegeneration in der Großhirnrinde. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 1.
96. *Ebaugh*, *F. G.*, Two cases of acute epidemic encephalitis occurring in one family. Amer. journ. of dis. of children. Bd. 27, Nr. 3, S. 230.
97. *Ehrenberg*, *L.*, Zur Kenntnis der sogenannten spontanen Subarachnoidalblutung. (Schwed.) Upsala Bogtryckery Almquist und Wicksells. (S. 175*.)
98. *Ehrenberg*, *L.* und *Waldenström*, *J.*, Ein erfolgreich operierter Tumor im Bereiche des rechten Frontallappens. Zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie der motorischen Region. D. Ztschr. f. Nervhk. Bd. 81, H. 5—6, S. 291.
99. *Eliasberg*, *W.*, Die Praxis der Aphasiebehandlung. Klin. Wschr. Nr. 6, S. 235.
100. *Elschnig*, *A.*, Oberlidretraktion als Herdsymptom. Med. Klin. Nr. 3, S. 75.
101. *Eskuchen*, *K.*, Therapeutische Indikation und Kontraindikation der Lumbalpunktion. Therap. d. Gegenw. H. 8, S. 348.
102. *Derselbe*, Die bisherigen Erfahrungen mit der Cisternenpunktion. Jahresv. d. Nervenärzte 1924, Ber.: Ztlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 38, H. 5—6, S. 323.
103. *Ewald*, *G.*, „Schauanfälle" als postencephalitische Störung. (Zugleich ein Beitrag zur Frage psych. Störungen b. postencephalitischen Zuständen.) Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, H. 4, S. 222. (S. 168*.)
104. *Fabritius*, Zur Klinik der nichtparalytischen Luespsychosen. (Abhandl. a. d. Neurol. usw. H. 24.) Berlin, S. Karger, 103 S., 4,— M. (S. 162*.)
105. *Feuchtwanger*, *E.*, Zum Problem der Zuordnung cerebral-epileptischer Erscheinungen zum Hirndefekt. Klin. Wschr. Nr. 19, S. 828.
106. *Filimonoff*, *J.*, Das extrapyramidale motorische System und die metameren Funktionen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88., S. 89. (S. 166*.)
107. *Finkelnburg*, *R.*, Über Spätlähmung von Augenmuskeln nach Schädeltrauma. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 7, S. 61.
108. *Derselbe*, Fur Frage der multiplen Sklerose nach Kälteeinwirkung. Mschr. f. Unfallhk. u. Versichmed. H. 2, S. 25.
109. *Fischer*, *Br.*, Zwangsmäßige Bewegungen bei der Encephalitis epidemica. Med. Klin. H. 42, S. 1459.
110. *Flatau*, *E.*, De la radiothérapie des tumeurs du cerveau et de la moelle. Rev. neur. 1. Halbj., Nr. 1, S. 23 u. Nr. 2, 176.

111. *Flater*, *A.*, Endokarditis und Gehirn. Klin. Wschr. Nr. 46, S. 2094. (S. 179*.)
112. *Fleischhacker*, *H.*, Afamiliäre chronisch-progressive Erkrankung des mittleren Lebensalters vom Pseudosklerosetyp. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 1. (S. 171*.)
113. *Fleischhauer*, *R.*, Zur Encephalographie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2—3, S. 301. (S. 172*.)
114. *Fleischmann*, *S.*, Das Seelenleben und seine Äußerungen im chronischen Stadium der Encephalitis epidemica. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, S. 239.
115. *Förtig*, *H.*, Über abweichende Liquorbefunde bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 597.
116. *Ford*, *F. R.*, und *Amoß*, *H. L.*, Results of the injection of encephalitic spinal fluid into rabbits. Bull. of John Hopkins hosp. Bd. 35, Nr. 395, S. 20.
117. *Forster*, *E.*, Hirngeschwülste (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., herausg. v. *Kraus* u. *Brugsch*, Berlin-Wien; Urban & Schwarzenberg Bd. 10, Teil 1.)
118. *Derselbe*, Die Syphilis des Centralnervensystems, einschließlich Tabes und Paralyse. Ebenda Teil 2.
119. *Foster* and *Smith*, The use of bismuth preparations in the treatment of tabes dorsalis and paresis. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 60, Nr. 5, S. 472.
120. *Franck*, Du traitement spécifique et non-spécifique de la paralysie générale. Schweiz. med. Wschr. Nr. 7, S. 168.
121. *Franz*, *Sh. J.*, Studies in re-education: The aphasias. Journ. of comp. psych. Bd. 4, Nr. 4, S. 349.
122. *Froment* et *Ravault*, *P.*, Le test des mots d'épreuve autorise-t-il un diagnostic de dysarthrie? Journ. de neur. et de psychiat. Nr. psych. 6, S. 101.
123. *Galant*, *J. S.*, Über den Springfedergang bei Paralysis agitans incipiens. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, H. 1, S. 61.
124. *Gamper* und *Untersteiner*, Über eine komplex gebaute postencephalitische Hyperkinese und ihre möglichen Beziehungen zu dem oralen Einstellautomatismus des Säuglings. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 282. (S. 167*.)
125. *Gans*, *A.*, Die krankhafte Altersschrumpfung der Stirnlappen. Nederl. tijdschr. v. geneesk. 2. Hälfte, Nr. 17, S. 2084.
126. *Garkavi*, *Ch.*, Behandlung der Paralyse mit Malaria (Russ.) Medezinskaja Myssl, Nr. 8—10, S. 374.
127. *Gelb*, *A.* und *Goldstein*, *K.*, Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle. X. Über Farbennamenamnesie. XI. Zur Frage nach der gegenseitigen funktionellen Beziehung der geschädigten und der unge-

schädigten Sehsphäre bei Hemianopsie. Psych. Forsch. Bd. 6, H. 1—2, S. 127 u. 187.

128. *Gerstmann, J.*, Die Therapie der progressiven Paralyse. Wien. med. Wschr. Nr. 8, S. 380 usw. und Wien-Leipzig, M. Perles, 28 S. 0,60 M. (S. 165*.)

129. *Derselbe*, Fingeragnosie. Eine umschriebene Störung der Orientierung am eigenen Körper. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1010.

130. *Derselbe*, Über die Malariaimpfbehandlung der progressiven Paralyse. Seuchenbekämpfung H. 1—2, S. 2.

131. *Derselbe*, Zur Frage der Umwandlung des klinischen Bildes der Paralyse in eine halluzinatorisch-paranoide Erscheinungsform im Gefolge der Malariaimpfbehandlung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 93, S. 200.

132. *Gerstmann, J.* und *Kauders, O.*, Über den Mechanismus der postencephalitischen „psychopathieähnlichen" Zustandsbilder bei Jugendlichen. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 165.

133. *Ghetti, G.*, Sulla etiologia della sclerosi a placche. Rinascenza med. Nr. 17, S. 397.

134. *Gillespie, R. D.*, Epidemic encephalitis: some psychical sequela. Journ. of ment. science. Bd. 70, Nr. 288, S. 1.

135. *Girone, V.*, Sindrome cerebello-parkinsonoide da encefalite epidemica. Neurologica Nr. 4, S. 223.

136. *Derselbe*, Sindrome psicosico-parkinsonoide da encefalite letargica. Quaderni di psichiatr. Bd. 11, Nr. 3—4, S. 57.

137. *Goldstein, K.*, Das Wesen der amnestischen Aphasie. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 15, H. 2, S. 163.

138. *Derselbe*, Über den Einfluß motorischer Störungen auf die Psyche. D. Ztschr. f. Nervhk. Bd. 83, H. 1—3, S. 119.

139. *Derselbe*, Über die Störungen des Gewichtsschätzens bei Kleinhirnerkrankungen und ihre Beziehung zu den Veränderungen des Tonus. D. Ztschr. f. Nervhk. Bd. 81, H. 1—4, S. 68.

140. *Gordon, A.*, Parkinsonian syndromes in encephalitis lethargica and in paralysis agitans. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 60, Nr. 5, S. 468.

141. *Derselbe*, Epidemic encephalitis and syphilis. Differential diagnosis. Ebenda, Bd. 59, Nr. 3, S. 251.

142. *Graf, J.*, Beiträge zur Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 131. (S. 164*.)

143. *Grant, A. R.* and *Silverston, J. D.*, Malaria therapy in general paralysis of the insane. Lancet Bd. 206, Nr. 11, S. 540 u. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 288, S. 81.

144. *Graziani, A.*, La palilalia nelle sindromi parkinsoniane postencefalitiche. Cervello Nr. 4, S. 221, sowie Nr. 5, S. 319.

145. *Greenfield*, *Poynton* and *Walshe*, On progressive lenticular degeneration (hepato-lentic. deg.). Quart. journ. of med. Bd. 17, Nr. 68, S. 385.

146. *Greuel, W.*, Erfahrungen über Behandlung der multiplen Sklerose mit Tetrophan (Mann.) Klin. Wschr. Nr. 10, S. 402. (S. 177*.)
147. *Groß, J.* und *Goldberger, M.*, Die chronischen Formen der Encephalitis epidemica im Kindes- und jugendlichen Alter. Jb. f. Kinderhk. Bd. 104, H. 6, S. 321.
148. *Groß, K.* und *Metaxas, M.*, Beitrag zur Klinik und Therapie der Encephalitis epidemica. Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 63. (S. 171*.)
149. *Groß, K.*, Malariabehandlung der multiplen Sklerose. Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 198. (S. 177*.)
150. *Grünstein, A.*, Die Erforschung der Träume als eine Methode der topischen Diagnostik bei Großhirnerkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 3/5, S. 416.
151. *Derselbe*, Großhirnrinde und Corpus striatum, Ebenda Bd. 90, H. 1—2, S. 260.
152. *Günther, M.*, Beitrag zur Kenntnis der extrapyramidalen Bewegungsstörungen im Gefolge körperlicher Erkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 89. (S. 171*.)
153. *Guillain, Alajouanine* et *Celice*, La contagion de l'encéphalite épidémique a sa phase parkinsonienne. Presse méd. Nr. 79, S. 785.
154. *Guillain, Alajouanine* et *Marquéry*, Dissociation entre le réflexe médiopubien et les réflexes cutanés abdominaux dans la sclérose en plaques. Cpt. rend. des scéances de la soc. de biol. Bd. 90, Nr. 16, S. 1235.
155. *Guillain, G.* et *Bertrand, J.*, Contribution a l'étude histopathologique de la sclérose en plaques. Ann. de méd. Bd. 15., Nr. 16, S. 476.
156. *Guiraud, P.* et *Daussy, H.*, Syndrome catatonique et lésions des noyaux gris centraux. Ann. méd.-psychol. Nr. 2, S. 130.
157. *Gurewitsch, M.*, Ein Fall extrapyramidaler motorischer Insuffizienz. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 290. (S. 171*.)
158. *Derselbe*, Postencephalitische Geistesstörungen und vergleichende Topistik der psychischen Mechanismen. Ebenda Bd. 92, H. 3—4, S. 283. (S. 168*.)
159. *Gutmann, M. I.*, Zur Paralysefrage bei den Juden. Arch. f. Rassen- u. Gesellschbiol. Bd. 16, H. 1, S. 67.
160. *Guttmann, E.*, Zur Kasuistik der „sklerosierenden Encephalitis". Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 62.
161. *v. Hagen*, Erfahrungen mit Tetrophan bei organischen Nervenleiden. Therap. d. Gegenw., Dezember.
162. *Hallervorden, J.*, Ein Beitrag zu d. Beziehungen zw. Substantia nigra und Globus pallidus: Befund melaninhaltiger Zellen im Gl. p. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 3—5, S. 625. (S. 179*.)
163. *Derselbe*, Über eine familiäre Erkrankung im extrapyramidalen System. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, S. 204.
164. *Harms zum Spreckel, H.*, Chorea degenerativa (Nachtrag). Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 668.

165. *Hartwig, A.*, Zur Subokzipitalpunktion. Ztlbl. f. inn. Med. Nr. 24, S. 466.

166. *Havenstein, G.*, Ein Fall von Lungentuberkulose bei gleichzeitiger Encephalitis epidemica. Die Tuberkulose Nr. 3, S. 64.

166 a. *Heidema, S. T.*, Geschwulst der Schädelbasis, durch Bestrahlung erfolgreich behandelt, und Meningitis purulenta nach Conchotomie. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneeskunde, Jg. 1924, 1. Hälfte N. 5. (S. 175*.)

167. *Henneberg*, Hirnbefund bei perniziöser Anämie. Vereinsbericht: Ztlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 36, H. 4, S. 257.

168. *Derselbe*, Die tierischen Parasiten des Zentralnervensystems (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh. herausg. v. *Kraus* u. *Brugsch* Bd. X. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg).

169. *Henßge*, Die Paralysefrequenz der städtischen Nervenheilanstalt Chemnitz von 1905 bis 1922. Psych.-neur. Wschr. Jg. 25, H. 51—52, S. 281.

170. *Herrmann, G.*, Über eine eigenartige Projektionsstör. b. doppels. Großhirnläsion. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 55, S. 99. (S. 173*.)

171. *Derselbe*, Die Suboccipitalpunktion. Beiträge z. ärztl. Fortbild. Nr. 18, S. 143.

172. *Derselbe*, Über psychische Folgeerscheinungen nach Encephalitis epidemica. Ebenda Nr. 12, S. 89. (S. 169*.)

173. *Derselbe*, Zur Lehre von der motorischen Amusie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 1—2, S. 95. (S. 173*.)

174. *Derselbe*, Jahresbericht über die Malariabehandlung der progressiven Paralyse an der Deutschen Psychiatr. Klinik in Prag im Jahre 1923. Med. Klin. Nr. 14, S. 445. (S. 164*.)

175. *Derselbe*, Lokaldiagnostische Betrachtung über eine akustische Aura. (Projektil i. Schädel). Ebenda Nr. 12, S. 378.

176. *Derselbe*, Über die Malariabehandlung der juvenilen Paralyse. Ebenda Nr. 22, S. 745. (S. 164*.)

177. *Derselbe*, Über eine besondere Projektions- und Raumsinnstörung bei Großhirnläsion. (Vorl. Mitt.) Ebenda Nr. 1, S. 9.

178. *Herrmann, G.* und *Terplan, K.*, Ein Beitrag zur Klinik und Anatomie der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 3—5, S. 528.

179. *Herschmann, H.*, Die Paralysefrequenz in Wien 1902 bis 1922. Vereinsbericht: Wien. klin. Wschr. Nr. 24, S. 585 u. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 3—4, S. 157.

180. *Hertle, J.* und *Zingerle, H.*, Beitrag zur Klinik und chirurgischen Behandlung von Gehirngeschwülsten. Journ. f. Psych. u. Neur. Bd. 31, H. 3—4, S. 152.

181. *Herzig, E.*, Zur Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wschr. Nr. 4, S. 88. (S. 164*.)

182. *Heß, Fr.*, Über fortlaufende Beobachtungen bei unseren Encephalitiskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 1, S. 6.
183. *Heßberg, R.*, Über die Bedeutung von Pupillenveränderungen für die Diagnose luetischer Erkrankungen. Med. Klin. Nr. 51, S. 1811.
184. *Heyse*, Schweigepflicht bei Paralytikern. Psych.-neur. Wschr. Jg. 26. H. 1—2, S. 6.
185. *Higier, H.*, Familiäre spastische Paralyse von cerebralem Typus (cerebrale Diplegie) und Heredolues. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, Nr. 1—2, S. 176.
186. *Hinsen, W.*, Die Wirkungsweise und die Organisation der Malariatherapie bei progressiver Paralyse. Psych. neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 17—18, S. 87.
187. *Derselbe*, Nachträge zur Symptomatologie der Encephalitis epidemica Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 55, H. 6, S. 367.
188. *Derselbe*, Über die Wege des Liquorabflusses bei Spontandurchbruch infolge Hirntumors. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 278.
189. *Hochstetter, F.*, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns II. Teil, 2. Lief. Die Entwicklung des Hirnanhanges. Wien-Leipzig, Fr. Deuticke. 34 S., 8,— M. (S. 179*.)
190. *Hoepfner, Th.*, Über eigenartige Bewegungsbilder vermutlich cerebellaren Ursprungs. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 586.
191. *Hoff, H.*, Die experimentelle Eisenvergiftung beim Hund mit Eckscher Fistel. Arb. aus d. Neur. Inst. a. d. Wien. Univ. Bd. 25, H. 2, u. 3, S. 389.
192. *Derselbe*, Statistik der an der Klinik beobachteten Fälle von Encephalitis epidemica vom 1. 1. 1916 bis 30. 4. 1923. Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 83. (S. 165*.)
193. *Hoff, H.* und *Silberstein, Fr.*, Versuche, den Eintritt biologisch wirksamer Substanzen aus der Blutbahn ins Zentralnervensystem herbeizuführen. I. Mitt. (Neosalvarsan.) Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 75. (S. 163*.)
194. *Hohaus, W.*, Erwerbsbeschränkung und Berufswechsel bei cerebralen Kommotionsneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 5, S. 41.
195. *Hohmann, L. B.*, The treatment of post-encephalitic Parkinson syndrome with hyoscin hydrobromide. Bull. of Johns Hopkins hosp. Bd. 35, Nr. 404, S. 335.
196. *Horn, L.*, Serologische Beiträge zur Malariabehandlung der Paralyse. Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 247. (S. 165*.)
197. *Horn, L.* und *Kauders, O.*, Neue Erfahrungen zur Frage der Malariablutkonservierung. Wien. klin. Wschr. Nr. 44, S. 1140.
198. *Horwitt, S.*, Encephalitis as a complication of measles. Arch. of pediat. Bd. 41, Nr. 7, S. 476.
199. *Horwitz*, Über die in den letzten 2½ Jahren in der hydrotherapeut.

Universitätsanstalt zu Berlin behandelten Fälle von multipler Sklerose Med. Klin. Nr. 11, S. 343.
200. *Hudovernig, K.*, Postencephalitische reflektorische Pupillenstarre und Natur derselben. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 69. (S. 167*.)
201. *Huismans, L.*, Über strio-pallidäre Erkrankungen, insbesondere den Morbus Wilson. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 749.
202. *Hultsch, A.*, Cerebellartumor und Trauma. Mtschr. f. Unfallhk. und Versich.-Med. Nr. 7, S. 149.
203. *Husler, J.*, Über „Lues nervosa" und über idio- und parakinetische Syphiliswirkungen in der Deszendenz. (Kritik und Familienuntersuchungen.) Ztschr. f. Kinderhk. Bd. 37, H. 4, S. 200.
204. *Jacob, Ch.*, Kurzer Bericht über Malariabehandlung der progressiven Paralyse in der Universitäts-Nervenklinik zu Königsberg. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 5, S. 754.
205. *Jacobi, W.*, Das Saftspaltensystem der Dura. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 3, S. 269. (S. 177*.)
206. *Derselbe*, Beitrag zur Lymphzirkulation in der harten Hirnhaut. Jahrb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 179.
207. *Jacoboeus, H. C.*, and *Nord F.*, Air and lipiodol as contrast agents for Roentgen diagnosis within the central nervous system. Acta radiol. Bd. 3, H. 5, S. 367.
208. *Jaensch, P. A.*, Tonische Akkomodation bei Encephalitis lethargica. Klin. Mtbl. f. Augenheilk. Bd. 73, Sept.-Okt., S. 390.
209. *Derselbe*, Einseitige supranucleare Medialisparese. Ebenda S. 471.
210. *Jahnel*, Zur Paralysefrage. Prag, Vereinsbericht: Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 37, H. 5—6, S. 388. (S. 160*.)
211. *Jahrreiß, W.*, Die Paralysebewegung an der Psych. u. Nervenklinik der Univ. Leipzig in den Jahren 1905—1922. (Zugl. Beitr. z. Frage n. d. prophyl. Wirk. d. Salvarsans.) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 534. (S. 163*.)
212. *Jakob, A.*, Die extrapyramidalen Erkrankungen im Lichte der pathologischen Anatomie und Histologie und die Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Klin. Wschr. Nr. 20, S. 865.
213. *Derselbe*, Die extrapyramidalen Erkrankungen. Monograph. a. d. Ges. geb. d. Neur. u. Psych. H. 37. Berlin, J. Springer. (S. 169*.)
214. *Derselbe*, Über drei eigenartige Krankheitsfälle des mittleren Alters mit bemerkenswertem, gleichartigem anatomischen Befund und ihre klinischen und anatomischen Beziehungen zur spastischen Pseudosklerose und zu metenzephalitischen Prozessen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 81, S. 192.
215. *Janzen, E.* und *Hutter, A.*, Resultate der Malariatherapie bei Dementia paralytica. (Holl.) Psych. en neur. bladen, bijblad Neurotherapie, Nr. 3 u. 4, S. 7.

216. *Illert*, *E.* und *Jahnel*, *F.*, Über Liquorbefunde bei spontaner Kaninchen-Enzephalitis. Klin. Wschr. Nr. 18, S. 790.
217. *Ingvar*, *S.* and *Petrén*, *K.*, Encephalitis epidemica. (Suppl. z. Lehrb. f. inn. Med. IV.) Kopenhagen, Kristiania, London, Berlin, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag. 39 S.
218. *Jörger* jun., Ergebnisse einer Rundfrage über Kinder mit postenzephalitischen Schädigungen. Schweizer med. Wschr. Nr. 30, S. 679.
219. *John*, *E.*, Impfungen mit der Spirochaeta Duttoni bei multipler Sklerose. Med. Klin. Nr. 46, S. 1610.
220. *Derselbe*, Vorzeitige Geschlechtsreife bei Encephalitis epidemica. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 80, H. 5—6, S. 299. (S. 169*.)
221. *de Jong*, *H.* und *Schaltenbrand*, *G.*, Die Wirkungen des Bulbocapnins auf Paralysis agitans und andere Tremorkranke. Klin. Wschr. Nr. 45, S. 2045, sowie Psych. en neur. bladen, bijblad Neurotherapie, Nr. 6, S. 61 (engl.).
222. *Josephy*, *H.*, Ein Fall von Porobulbie und solitärem, zentralem Neurinom. (Zugl. Beitr. z. Klinik d. infundibulären Prozesse.) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 1—2, S. 62.
223. *Derselbe*, Zur Pathoarchitektonik der progressiven Paralyse. Vereinsber.: Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 3—4, S. 254.
224. *Joßmann*, *P.* und *Steenaerts*, *P.*, Über Malariabehandlung der pr. Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 56, H. 4, S. 241.
225. *Isserlin*, *M.*, Über die Bedeutung der Erfahrungen an Kriegshirnverletzten. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Nr. 5, S. 1.
226. *Jüngling*, *O.*, Fortschritte auf dem Gebiet der Lokalisation von Hirngeschwülsten durch Ventriculographie nach Dandy. Arch. f. klin. Chir. Bd. 133, S. 449. (S. 173*.)
227. *Jung*, *F.*, Psychische Störungen bei Lues cerebri. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 1—2, S. 1.
228. *Kalberlah*, Neues zur Chemotherapie der Paralyse und Tabes. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1—4, S. 122. (S. 163*.)
229. *Derselbe*, Zur Chemotherapie der Spirochaetosen und Trypanosomiasen (Präparat „Albert 102"). Klin. Wschr. Nr. 48. S. 2185. (S. 163*.)
230. *Kalnin*, *E.*, Der paralytische Prozeß und die Zentren des extrapyramidal-motorischen Systems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 310. (S. 163*.)
231. *Kant*, *O.* Der Geisteszustand (erwachsener) chronischer Enzephalitiker. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3—4, S. 610.
232. *Kaßner*, *H.*, Augenkomplikationen als Spätfolgen von Encephalitis leth. Klin. Mtbl. f. Augenheilk. Bd. 72, Jan.-Febr., S. 59.
233. *Kastan*, *M.*, Die Pupillenstörungen bei Hirnlues und ihre Bedeutung für die Prophylaxe. Med. Klin. Nr. 29, S. 992.
234. *Kauders*, *O.*, Encephalitis epidemica acuta, Delirium tremens und Hypnose. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3—4, S. 440.

235. *Derselbe*, Über die Wirkung kleiner Chinindosen auf die therapeutische Impfmalaria. Ztschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 44, S. 69.
236. *Kayser-Petersen*, *J. E.*, Zur Geschichte der Gehirngrippe. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 78, H. 3—5, S 272. (S. 165*.)
237. *Kehrer* und *Struzina*, *E.*, Über die Häufigkeit der Lues cerebrospinalis und der metaluetischen Erkrankungen vor, während und nach dem Kriege. Arch f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 256. (S. 161*.)
238. *Kennedy*, *R. L. J.*, The prognosis of sequelae of epid. encephalitis in children. Amer. journ. of dis. of children Bd. 28, Nr. 2, S. 158.
239. *Kihn*, *B.*, Über einige Erfahrungen mit der Infektionsbehandlung der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 287. (S. 164*.)
240. *Kirby*, *G. H.*, Treatment of general paralysis. Amer. journ. of psych. Bd. 4, Nr. 1, S. 143.
241. *Kirschbaum*, *W.*, Über den Einfluß schwerer Leberschädigungen auf das Zentralnervensystem. III. Mitt. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 4—5, S. 487.
242. *Derselbe*, Zwei eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems nach Art der spastischen Pseudosklerose (Jakob). Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 1—2, S. 175.
243. *Klarfeld*, *B.*, Die Erkrankungen des Rautenhirns (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh. herausg. v. Kraus u. Brugsch, Bd. X. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg).
244. *Klein*, *H.*, Gedankenhören bei Affektion im linken Schläfenlappen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 51.
245. *Klein*, *R.*, Über die Zwangshaltung des Kopfes bei Kleinhirnerkrankungen (Tuberkel der Tonsille). Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 496.
246. *Derselbe*, Zur Frage des zerebellaren Tremors (Kleinhirnzyste mit atypischem Bild, eigenartige Beeinflussung durch Balkenstich). Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 315.
247. *Klieneberger*, *O.*, Klinische Betrachtungen über die progressive Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis und die Beurteilung äußerer Ursachen, insbesondere des Krieges bei diesen Erkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 3, S. 286. (S. 161*.)
248. *Knoepfelmacher*, *W.*, Enzephalographie im Säuglingsalter. Jb. f. Kinderhk. 105, S. 181. (S. 173*.)
249. *Koch*, *R.*, Der Gesichtsausdruck bei Grippe und Encephalitis epidemica. Ztschr. f. Konstitutionslehre Bd. 10, H. 3, S. 281.
250. *Kogerer*, *H.*, Worttaubheit, Melodientaubheit, Gebärdenagnosie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 469. (S. 173*.)
251. *Koopmann*, Weiterer Beitrag zur Frage des Hirntraumas und seiner tödlichen Folgen. Mtschr. f. Unfallhk. u. Versich.-Med. Nr. 5, S. 97.
252. *Korbsch*, *H.*, Ein Beitrag zur Kenntnis von der juvenilen Paralysis agitans. (Willige, Hunt.) Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 163.

253. *Derselbe*, Meningitis cerebrospinalis epidemica nach Schädeltrauma. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 221.
254. *Derselbe*, Über die paralyseähnliche Verlaufsart des Tumor cerebri. Ein Fall von multiplem metastatischem Carcinom. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 165.
255. *Krabbe, K. H.*, Le signe d'Argyll-Robertson dans l'encéphalite épidémique chronique. Rev. neur., 1. Halbj., Nr. 1, S. 45.
256. *Kraepelin, E.*, Das Rätsel der Paralyse. Die Naturwissensch. XII, H. 50, S. 1121.
257. *Kramer, P. H.*, Klinik und Epidemiologie der Encephalitis (lethargica) epidemica. (Holl.)) Geneesk. Bladen Bd. 24, Nr. 1, S. 1.
258. *Kratzeisen, E.*, Ein Beitrag zur Frage des Hirntraumas und seiner tödlichen Folgen. Mtschr. f. Unfallhk. u. Versich.-Med. Nr. 2, S. 39.
259. *Kritschewsky, J. L.* und *Brussin, A. M.*, Von der Wirkung hypertoxischer Dosen Salvarsan auf salvarsanfeste Trypanosomenrassen in Verbindung mit der Frage von der Pathogenese der Schlafkrankheit und der Parasyphilis. Ztschr. f. Immun.-Forsch. u. exp. Therap. Bd. 39, H. 6, S. 513.
260. *Kühl, W.*, Erfahrungen mit der Epithelkörper-Implantation bei der Paralysis agitans. D. Ztschr. f. Chir. Bd. 187, H. 5—6, S. 328.
261. *Kurella, H.* und *Schramm, F.*, Untersuchungen über die Muskelhärte bei Enzephalitikern und die Wirkung des Scopolamins auf dieselbe. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 3—5. S. 555. (S. 168*.)
262. *Kutzinski, A.*, Zur Klinik und Psychopathologie eines epileptischen. Ausnahmezustandes nach Stirnhirnverletzung. Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, H. 3, S. 146. (S. 176*.)
263. *Lafora, G. R.*, Neue experimentelle Untersuchungen über die neurotrope Lues und das Problem der Paralyse. (Span.) Arch. de neurobiol. Bd. 4, Nr. 1, S. 54.
264. *Landau, E.*, Über ein vereinfachtes Verfahren bei der Markscheidenfärbung. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 1, S. 59.
265. *Lauda, E.*, Zur Kenntnis der experimentellen Encephalitis epidemica. Ein histologischer Beitrag. Ztschr. f. Hyg. u. Infekt.-Kr. Bd. 101, H. 4, S. 424.
266. *Lauter, Fr.*, Die Beeinflussung der Inkubationszeit von Paralyse, Tabes und Lues cerebri durch die Behandlung der frischen Lues und andere Faktoren. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 82, H. 5—6, S. 292.
267. *Lehmann, H.*, Das mechanisch-hydrostatische Moment in der Formgestaltung des Hydrozephalus. Frankf. Ztschr. f. Pathol. Bd. 30, S. 296.
268. *Lenz, G.*, Erwiderung auf die Arbeit *Henschens*. 40jähriger Kampf um das Sehzentrum und seine Bedeutung für die Hirnforschung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 628.

269. *Derselbe*, Untersuchungen über das Kerngebiet des Okulomotorius. Vereinsbericht: Klin. Mtbl. f. Augenhk. Bd. 72, H. III—IV, S. 769.
270. *Levaditi*, *C.*, Essais de traitement des séquelles de l'encéphalite épidémique par injections intra-rachidiennes de virus encéphalitique vivant. Cpts. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des sciences Bd. 178, Nr. 7, S. 668.
271. *Levy-Valensi*, *J.*, Les modes de début de la paralysie générale de l'adulte. Progr. méd. Nr. 16, S. 242.
272. *Lewis*, *Hubbard* and *Dyar*, The malarial treatment of paretic neurosyphilis. Amer. journ. of psych. Bd. 4, Nr. 2, S. 175. (S. 165*.)
273. *Lewy*, *F. H.*, Vom Wesen des Tonus und der Bewegungshandlungen (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., herausg. v. *Kraus* u. *Brugsch*, Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. Bd. X, Teil 1).
274. *Derselbe*, Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Die diffuse Sklerose (Encephalitis periaxialis diffusa). Ebenda, Teil 2.
275. *Derselbe*, Paralysis agitans. Die infectiös-toxische Chorea (Chorea minor und gravidarum). Ebenda Teil 3.
276. *Leyser*, *E.*, Über einige Formen der dysarthrischen Sprachstörungen bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 4—5, S. 383.
277. *Derselbe*, Untersuchungen über die Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3—4, S. 552. (S. 169*.)
278. *Lhermitte*, *J.*, Les troubles psychiques dans la sclérose en plaques. Paris méd. Nr. 42, S. 307.
279. *Lhermitte*, *Kraus* and *Bertillon*, Mucin-like bodies in the central-nervous system in epidemic encephalitis. Arch. of neurol. and psych. Bd. 12, Nr. 6, S. 620.
280. *Lhermitte*, *Kraus* and *Mc.Alpine*, On the occurrence of abnormal deposits of iron in the brain in parkinsonism with special reference to its localisation. Journ. of neur. and psychopath. Bd. 5, Nr. 19, S. 195.
281. *Lieb*, *H.*, Ein Fall von Enzephalitis im Puerperium, als Beitrag zur Frage der Schwangerschaftstoxikosen. Schweizer med. Wschr. Nr. 24, S. 550.
282. *Lindemann*, *H.*, Die Hirngefäße in apoplektischen Blutungen. Virch. Arch. Bd. 253, H. 1—2, S. 27.
283. *Löffler*, *H.*, Familiengeschichtliche Untersuchungen bei Encephalitis epidemica und ihren Folgezuständen. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3—4, S. 393.
284. *Löwenberg*, Über hyaline Degeneration der Großhirnrinde bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 1—2, S. 1.
285. *Lorenz*, *H. E.*, Beitrag zur Kenntnis der rhythmischen Muskelzuckungen bei der epidemischen Enzephalitis. Münch. med. Wschr. Nr. 2 S. 45, Nr. 6, 176 u. Nr. 9, 275.

286. *Lorenz*, *H.* und *Berger*, *A.*, Die Blutkörperchensenkungsreaktion bei Encephalitis epidemica. D. med. Wschr. Nr. 23, S. 752.
287. *Lucksch*, *Fr.*, Blatterimpfung und Encephalitis; vorläuf. Mitt. Med. Klin. Nr. 34, S. 1170.
288. *Luger*, *A.* und *Lauda*, *E.*, Zur Ätiologie des Herpes zoster. Ein Beitrag zum Herpes- und Enzephalitisproblem. Ztbl. f. Bakt. Abt. I, Orig. Bd. 91, H. 3—4, S. 205.
289. *Dieselben*, Das Problem des Herpes simplex. Seuchenbekämpfung H. 5—6 (betrifft Encephalitis-virus). (S. 166*.)
290. *Macbride*, *H. J.* and *Templeton*, *W. L.*, The treatment of general paralysis of the insane by malaria. Journ. of neurol. and psychopathol. Bd. 5, Nr. 17, S. 13.
291. *Maier*, *H.*, Über die „Schlafkrankheit" (epidemische Hirnentzündung) und deren psychische Folgezustände. 49. Jahrb. d. Zürcher Hülfsver. f. Geisteskranke. (S. 169*.)
292. *Mann*, *L.*, Zur Therapie der Encephalitis. D. med. Wschr. Nr. 35, S. 1187.
293. *Marburg*, *O.*, Bemerkungen zu den pathologischen Veränderungen der Hirnrinde bei Psychosen. Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wien. Univ. Bd. 26, H. 1, S. 244.
294. *Derselbe*, Die Anatomie und Pathologie des Kleinhirns. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1—4, S. 8 u. 35.
295. *Margulis*, *M.*, Der epileptische Symptomenkomplex der epidemischen und sporadischen akuten Encephalitis. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 154.
296. *Derselbe*, Akute allgemeine Ataxie. Ebenda S. 104.
297. *Derselbe*, Ophthalmoplegischer Symptomenkomplex der akuten epidemischen und sporadischen Mesencephalitis. Ebenda Bd. 93, S. 219.
298. *Derselbe*, Rhombencephalitis. Bulbärer, pontiner und bulbo-pontiner Symptomenkomplex der akuten epidemischen und sporadischen Enzephalitis. Ebenda S. 248.
299. *Marie*, *A.* et *Kohen*, *V.*, La paralysie générale n'est pas encore en diminution. Bull. de l'acad. de méd. Bd. 91, Nr. 18, S. 536.
300. *Dieselben*, Le succinate de bismuth associé a la pyrétothérapie dans le traitement de la paralysie générale. Arch. de neurol. 1. Halbj., Nr. 2, S. 57.
301. *Marie*, *A.* et *Poincloux*, Essai de vaccinothérapie intrarachidienne des séquelles de l'encéphalite épidémique avec du virus fixe encéphalitique. Bull. de l'acad. de méd. Bd. 91, Nr. 11, S. 322.
302. *Marie*, *Poincloux* et *Codet*, Traitement d'un cas de parkinsonisme postencéphalitique par injection intra-rachidienne de virus-vaccin encéphalitique (méthode *Levaditi-Poincloux*). Encéphale Nr. 7, S. 421.

303. *Marinelli, G.* e *Musella, M.*, Prodromi coreici ipercinetici in un caso di encefalite epidemica. Rinascenza med. Nr. 19, S. 450.

304. *Marinesco, M. G.*, Nouvelles contributions à l'étude de l'histopathologie de la sclérose en plaques. Bull. de la sect. scientif. de l'acad. roumaine Jg. 9, Nr. 1, S. 1. (S. 177*.)

305. *Marinesco, G.* et *Draganesco*, Kyste épidermoide cholestéatomateux de la moelle épinière coexistant avec un processus syringo-myélique. Contribution à l'étude de la syringomyélie. Rev. neurol., Octobre. (S. 175*.)

306. *Dieselben*, Recherches expérimentales sur le neurotropisme du virus herpétique. Bull. de la sect. scient. de l'acad. roumaine Jg. 8, Nr. 9, S. 141. (S. 166*.)

307. *Marshall, R.*, Some notes on encephalitis lethargica. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 291, S. 561.

308. *Mattauschek, E.*, Echte Neurorezidive und deren Beziehung zur „Metalues" Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1018. (S. 161*.)

309. *Matthew, E.* Note on the treatment of epidemic encephalitis. Lancet Bd. 206, Nr. 23, S. 1156.

310. *Matzdorff, P.*, Beiträge zur Frage der diffusen Glioblastose und der diffusen Sklerose des Zentralnervensystems nebst Mitteilung eines Falles von Zwangsweinen. Ztschr. f. d .ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, Nr. 3—5, S. 489. (S. 178*.)

311. *Derselbe*, Die Bedeutung einer traumatischen Schädigung für entzündliche und toxische Erkrankungen des Zentralnervensystems. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 82, S. 71. (S. 175*.)

312. *Mayer, C.*, Über die Behandlung der progressiven Paralyse. Etschländer Ärzteblatt 1924. (S. 164*.)

313. *Mayer, C.* und *Scharfetter, K.*, Beitrag zur Klinik der Encephalitis epidemica, besonders hinsichtlich Schmerzen und Parästhesien. Wien. klin. Wschr. Nr. 40. (S. 167*.)

314. *Mayrhofer-Grünbühel, J.*, Enzephalitis nach Parotitis epidemica. Wien. klin. Wschr. Nr. 45, S. 1165.

315. *Mc. Alpine, D.*, A clinical study of plastic tonus as observed in a rare sequela of epidemic encephalitis. Brain Bd. 47, H. 2, S. 178.

316. *Mc. Alister, W. M.*, The rôle of infection in the treatment of general paralysis. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 288, S. 76.

317. *Mc. Cowan, P. K.*, Observations on some cases of post-encephalitic psychoses. Lancet Bd. 208, Nr. 6, S. 277.

318. *Mc. Grath, W. M.*, Malarial therapy in general paralysis of the insane. The disappearance of gastric crises as one the results. Lancet Bd. 207, Nr. 19, S. 960.

319. *Meggendorfer, Fr.*, Eine interessante Huntingtonfamilie (Fälle bei Jugendlichen, hyperkinetische und akinetische Formen). Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 5, S. 655. (S. 171*.)

320. *Mella* and *Katz*, Neurosyphilis as an etiological factor in parkinsonian syndrome. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 59, Nr. 3, S. 225.
321. *Merzbacher*, *L.*, Über Höhlenbildungen im Gehirn von Erwachsenen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 562.
322. *Derselbe*, Günstige Erfolge der Malariainokulation bei Tabes und Paralyse. (Span.) Semana méd. Nr. 34, S. 433.
323. *Metz*, *A.* und *Spatz*, *H.*, Die Hortegaschen Zellen (= das sogenannte „dritte Element") und über ihre funktionelle Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 138.
324. *Meyer*, *A.*, Beiträge zur Encephalitis epidemica. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 4, S. 466. (S. 165*.)
325. *Meyer*, *M.*, Über Veränderungen der Persönlichkeit bei chronischer Encephalitis. Klin. Wschr. Nr. 4, S. 137. (S. 169*.)
326. *Mingazzini*, *G.* und *Giannuli*, *F.*, Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der Aplasiae cerebro-cerebellospinales. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, Nr. 3—5, S. 521.
327. *Minkowski*, *M.*, Étude sur les connexions anatomiques des circonvolutions rolandiques, pariétales et frontales. Fortsetz. u. Schluß. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 2 u. Bd. 15, H. 1. (S. 178*.)
328. *Modeno*, *G.*, e *de Paoli*, *N.* Tentativi di cura della paralisi generale progressiva con innesto di malaria terzana. Policlinico, sez. prat. H. 9, S. 289.
329. *Moewes*, *C.*, Encephalitis lethargica mit den Erscheinungen eines Coma diabeticum. D. med. Wschr. Nr. 32, S. 1085. (S. 167*.)
330. *v. Monakow*, *C.*, Gliom und Schädeltrauma. Schweizer Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 289.
331. *Moser*, *K.*, Über organisch bedingte Halsmuskelkrämpfe. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 259.
332. *Derselbe*, Zur Bedeutung psychischer Störungen bei multipler Sklerose. Ebenda Bd. 71, H. 5, S. 694. (S. 176*.)
333. *Mühlens*, *P.* und *Kirschbaum*, Weitere parasitologische Beobachtungen bei künstlichen Malariainfektionen von Paralytikern. Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. Bd. 28, H. 4, S. 131.
334. *Müller*, *H. W.*, Über multiple Gliome im Gehirn und Rückenmark. Schweizer med. Wschr. Nr. 48, S. 1107.
335. *Nayrac*, *P.*, Considérations nosologiques et pathogeniques sur la dégénérescence hépato-lenticulaire (à propos d'un cas avec examen anatomique). Rev. neur. 2. Halbj., Nr. 2, S. 151.
336. *Neel*, *A. V.*, Über atypische und larvierte Fälle von Encephalitis epidemica. III. Über Singultus epidemicus. (Dän.) Ugeskrift f. Laeger, Nr. 51, S. 1013.
337. *Neve*, *G.*, Über Argotropinbehandlung der Encephalitis lethargica. (Dän.) Hospitalstidende Nr. 34, S. 541.

338. *Derselbe*, Über die Behandlung der Dementia paralytica und anderer Hirnerkrankungen mit Argotropin und antisyphilitischen Mitteln. (Dän.) Ebenda Nr. 37, S. 577.
339. *Nicolau*, *S.*, et *Poincloux*, P. Présence du virus encéphalitique dans le liquide céphalo-rachidien. Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 91 Nr. 32, S. 1063.
340. *Nonne*, *M.*, Kongenital-luetische Zähne bei syphilogenen Nervenkrankheiten. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 81, H. 1—4, S. 128.
341. *Derselbe*, Syphilis und Nervensystem, ein Handbuch in zwanzig Vorlesungen. Berlin, S. Karger, 5. neudurchgearb. u. verm. Aufl., 1190 S. 45,— M. (S. 159*.)
342. *Derselbe*, Meine Erfahrungen über den Suboccipitalstich auf der Basis von 310 Fällen. Med. Klin. Nr. 27, S. 919.
343. *Derselbe*, Encephalitis lethargica. 35. Kongr. f. inn. Med. 1923, Verhandl. d. Dtsch. Ges. f. inn. Med. (S. 165*.)
344. *Nyirö*, *G.* und *Stief*, *S.*, Die Malaria tertiana-Behandlung der progressiven Paralyse. (Ung.) Orvosi hetilap Nr. 44, S. 757.
345. *Oesterlin*, *E.*, Über herdförmige Gliawucherung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, S. 325.
346. *Omodei-Zorini*, *A.*, Spätfolgen der Encephalitis epidemica und Substantia nigra Sömmeringii. Virch. Arch. Bd. 250, H. 1—2, S. 487. (S. 167*.)
347. *Derselbe*, Postumi dell' encefalite epidemica e sostanza nera del mesencefalo. Minerva medica Nr. 7. (S. 170*.)
348. *Derselbe*, Zur Kenntnis der primären Melano-cytoblastome der Pia mater. Virch. Arch. Bd. 250, H. 3, S. 566.
349. *Oseki*, *M.*, Das Hirnrindenbild bei den senilen Psychosen. Arbeiten aus den Neur. Institut a. d. Wien. Univ. Bd. 26, H. 1, S. 157. (S. 178*.)
350. *Derselbe*, Über die Veränderungen des Striatum im normalen Senium. Ebenda H. 2—3, S. 339.
351. *Ostertag*, *B.*, Beitrag zur Lues des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Eisenreaktion. Ztlbl. f. Herz- u. Gefäßkrkh. Nr. 23, S. 367. (S. 161*.)
352. *Derselbe*, Die Schnelldiagnose der Paralyse mittels der Eisenreaktion und das Vorkommen von Hämosiderin bei anderen luetischen Hirnerkrankungen. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1467.
353. *Derselbe*, Zur Pathologie der akuten Pellagrapsychosen. Vereinsbericht: Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, S. 410.
353 a. *Pacheco* e *Silva*, Beitrag zum Studium des Treponema pallidum in der Gehirnrinde von Paralytikern. (Port.) Memorias do hospicio de Juquery, São Paulo (Bras.), Jg. 1, Nr. 1,. (S. 160*.)
354. *Parhon*, *C. J.* et *Dérévici*, *M.*, Sur un cas de mélancolie ayant précédé le parkinsonisme postencéphalitique. Bull. de l'assoc. des pyschiatres roum. S. 3.

355. *Paterson, D.* and *Carmichael, A.*, A form of familial cerebral degeneration chiefly affecting the lenticular nucleus. Brain Bd. 47, H. 2, S. 207.
356. *Payr, E.*, Anzeigestellung und Behandlung bei Hirngeschwülsten. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. H. 12.
357. *Derselbe*, Die Entlastung der gedrosselten Vena magna cerebri (Galena), ein neuer Heilplan zur Bekämpfung von Hirndruck, Stauungspapille, Hydrocephalus. Ztlbl. f. Chir. Nr. 1—2, S. 28.
358. *Perwuschin, G.*, Malaria und Erkrankungen des Nervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 446.
359. *Pesci, E.*, L'antimonio nell' encefalite epidemica. Pathologica Nr. 363, S. 23.
360. *Peter, C.*, Beitrag zur Klinik und Pathologie der Chorea im Greisenalter. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 56, H. 5—6, S. 283.
361. *Derselbe*, Über Hirnpunktion als Hilfsmittel der klinischen Diagnostik in der Neurologie und Psychiatrie. Ebenda Bd. 57, H. 1, S. 40.
362. *Derselbe*, Über die Eisenreaktion bei Paralytikern, angestellt an Hirnpunktionsmaterial. Münch. med. Wschr. Nr. 1, S. 12.
363. *Pette*, Zur pathologischen Anatomie der Encephalitis-Folgezustände. Vereinsbericht: Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 38, H. 1—2, S. 52.
364. *Derselbe*, Weitere klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zum Kapitel der Frühlues des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 346. (S. 161*.)
365. *Pfeifer, R. A.*, Die anatomische Darstellung des zentralen Endes der Sehleitung. Bericht über d. 44. Zusammenk. d. d. ophth. Ges. Heidelberg. München, J. F. Bergmann.
366. *Pfeiffer, F.*, Zur anatomischen Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 554. (S. 172*.)
367. *Pfister, M.*, Zur Punktion der Cisterna magna. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 603.
368. *Pick, A.*, Bemerkungen zu dem Aufsatz von *E. v. Domarus* über Dyspraxie bei seniler Demenz. (Diese Ztschr. Bd. 84, S. 522.) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 646.
369. *Piffl, O.*, und *Pötzl, O.*, Ein otogener parietaler Hirnabszeß. (Rückbildung einer parietalen pseudosensorischen Aphasie.) Arch. f. Ohr.-, Nas.- u. Kehlkkh. Bd. 112, H. 2, S. 93.
370. *Pinéas, H.*, Ein Fall von linksseitiger motorischer Apraxie nach Balkenerweichung. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 56, H. 1, S. 43.
371. *Derselbe*, „Palipraxie" oder Nachbewegung? (Mit Bem. über „klinische Perseveration") Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 58, H. 2—3, S. 136.
372. *Plaut, F.* und *Mulzer, P.*, Der tierexperimentelle Nachweis der Syphilisspirochaete im Nervensystem bei Encephalitis syphilitischer Kaninchen Münch. med. Wschr. H. 1, S. 9.
373. *Plaut, F.* und *Steiner, G.*, Die Recurrenstherapie der syphilogenen

Nervenkrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 153.
374. *Plaut*, *Mulzer* und *Neubürger*, *K.*, Über die Frage der Impfencephalitis der Kaninchen und ihrer Beziehungen zur Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1781. (S. 160*.)
375. *Plehn*, Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. D. med. Wschr. Nr. 52, S. 1827. (S. 164*.)
376. *Pockels*, *W.*, Über eine eigentümliche Form der Lethargie und ihre Beseitigung durch Lumbalpunktion. Klin. Wschr. Nr. 13, S. 535.
377. *Podestá*, *V.*, La radioterapia nelle malattie del sistema nervoso centrale specialmente in rapporto ai postumi di encefalite letargica. Radiol. med. Bd. 11, Nr. 2, S. 58.
378. *Pötzl*, *O.*, Über die Gegenreaktion der Zentren und ihre Analogien mit den Immunkörperreaktionen. Med. Klin. Nr. 21, S. 697 u. Nr. 22, 737.
379. *Derselbe*, Über das Syndrom bei Herderkrankungen der Scheitel-Hinterhauptslappen. (Vorl. Mitt.) Ebenda Nr. 1, S. 10.
380. *Derselbe*, Über ein neuartiges Syndrom bei Herderkrankung des Stirnhirnpoles. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 147. (S. 174*.)
381. *Derselbe*, Über Störungen der Selbstwahrnehmung bei linksseitiger Hemiplegie. Ebenda Bd. 93, H. 1—2, S. 117. (S. 173*.)
382. *Derselbe*, Zur Diagnostik und Symptomenlehre der Tumoren des Stirnhirns. (Über eine eigenartige frontale Gangstörung). Wien. med. Wsch. Nr. 5, S. 225 u. Nr. 8, 389.
383. *Purves-Stewart*, *J.*, The treatment of general paralysis. Brit. med. journ. Nr. 3299, S. 508.
384. *Rabiner*, *A. M.*, Über zwei bemerkenswerte Fälle choreiformer Encephalitis epidemica mit vorausgehendem Gehirntrauma und eigenartigen psychischen Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 15.
385. *Rabinowitsch*, *A.*, Ein Fall von epidemischer Encephalitis unter dem Bilde der Wilsonschen Krankheit. (Russ.) Ztschr. f. Psychol., Neur. u. Psychiat. Bd. 4, S. 104.
386. *Ranschburg*, *P.*, Ein Kraniocephalograph. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2—3, S. 372.
387. *Rasdolski*, *J.*, Eine neue Methode zur Feststellung der Endbäumchendegeneration im zentralen Nervengrau. (Russ.) Ztschr. f. Psychol., Neur. u. Psychiat. Bd. 4, Suppl., S. 64.
388. *Rathery*, *F.* et *Gournay*, *J. J.*, Traitement de l'encéphalite épidémique par le salicylate de soude et injections intraveineuses. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 13, S. 484.
389. *Redlich*, *E.*, Klinik der postencephalitischen Krankheitszustände. Wien. med. Wschr. Nr. 30, 31, 32, 34, S. 1553, 1606, 1662, 1760.
390. *Derselbe*, Über larvierte Malaria und Malariabehandlung bei progressiver

Paralyse nebst Bemerkungen über einen möglichen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Malaria. Wien. klin. Wschr. Nr. 6, S. 134.

391. *Reese* und *Peter*, Die Einwirkung der Malaria tertiana auf die progressive Paralyse. Med. Klin. Nr. 12, S. 372. (S. 164*.)
392. *Reichmann*, (Bochum), Zur Klinik, insbesondere zur Diagnose der Pachymeningitis haemorrhagica interna. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 5—6, S. 304. (S. 175*.)
393. *Rezza*, *A.*, Mesenchima (Sistema reticulo-endoteliale). Riv. sperim. di fren., Bd. 48, fasc. III/IV. (S. 178*.)
394. *Rhein*, *J. H. W.* and *Ebaugh*, *F. A.*, Affective disorders following acute epidemic encephalitis in children. Americ. journ. of psychiat. Bd. 3, Nr. 4, S. 791.
395. *Richter*, *H.*, Anatomische Veränderungen nach Verschluß der Arteria cerebelli inf.-post. mit retroolivärem Erweichungsherd. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 272.
396. *Riese*, *W.*, Beiträge zur Faseranatomie der Stammganglien. Journ. f. Psychol. u. Neur. Bd. 31, H. 1—2, S. 81.
397. *Derselbe*, Über faseranatomische Verbindungen im „striären System" der wasserlebenden Säugetiere. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 591.
398. *Robin*, *G.*, Les troubles psychiques à évolution prolongée dans l'encéphalite épidémique. Journ. méd. franc. Bd. 13, Nr. 5, S. 193.
399. *Derselbe*, Les troubles du caractère liés à l'encéphalite épidémique chez l'enfant et le problème de la conscience morale. Journ. de psychol. norm. et pathol. Nr. 4, S. 400.
400. *Roch*, *M.*, et *Katzenelbogen*, *S.*, Traitement des formes évolutives chroniques de l'encéphalite épidémique, par les injections intrarachidiennes du caséine. Schweiz. med. Wschr. Nr. 37, S. 834. (S. 170*.)
401. *Rodriguez Arias*, *B.*, Behandlung der Neurosyphilis. (Span.) Actas derm.-sifilogr. Nr. 5, S. 294.
402. *Derselbe*, Studien über die klinischen Formen der Gehirnblutung, mit besonderer Berücksichtigung der Beobachtungen in Katalonien. (Span.) Arch. de neurobiol. Bd. 4, Nr. 3, S. 227.
403. *Rosenfeld*, *M.*, Zur Diagnose der Erkrankungen des IV. Ventrikels. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 55, H. 5, S. 257.
404. *Rosenow*, *E. C.*, Streptococci in relation to etiology of epidemic encephalitis. Journ. of inf. dis. Bd. 34, Nr. 4, S. 329.
405. *Derselbe*, Experiments on the etiology of respiratory arrhytmias following epidemic encephalitis. Arch. of neur. a. psych. Bd. 11, Nr. 2, S. 155.
406. *Rosenstein*, *A.*, Über Akromegalie und cerebrale Lues. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 4—5, S. 420. (S. 162*.)
407. *Rothfeld*, *J.*, Über die Ätiologie der multiplen Sklerose. Med. Klin. Nr. 7, S. 217.

408. *Roussy, G.*, Traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie. Rev. neur., 2. Halbj., Nr. 2, S. 129.
409. *Runge, W.*, Die Erkrankungen des extrapyramidalen motorischen Systems. Ergebnisse d. inn. Med. u. Kindhk. Bd. 26, S. 351.
410. *Runge* und *Hagemann*, Über Leberfunktionsstörungen beim akinetisch-hypertonischen Syndrom der Encephalitis epidemica. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 114. (S. 169*.)
411. *Sagel*, Zur Behandlung der Dementia paralytica mit Recurrens Duttoni. Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 369. (S. 163*.)
412. *Sahlgren, E.*, Ein Fall Westphal-Strümpellscher Pseudosklerose — Wilsons Krankheit — nebst Bemerkungen über das striopallidäre System. (Schwed.) Hygiea Bd. 86, H. 1, S. 1.
413. *De Sanctis*, I pigmenti emosiderinici nella paralisi progressiva, Riv. sperim. di fren. Bd. 48, H. 1—2, S. 279. (S. 161*.)
414. *Santangelo, G.*, Kritische Bemerkungen zu Krestnikoffs Arbeit „Beiträge zur Lehre der Astereognosie" usw. und weitere eigene Beiträge zu dieser Lehre. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 55, H. 5, S. 291.
415. *Derselbe*, Contributo clinico de istopatologico alla patogenesi dei disturbi del linguaggio nella demenza paralitica. Pisani Bd. 44, H. 1, S. 51.
416. *Schacherl, M.*, Zur Therapie der multiplen Sklerose. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1037.
417. *Schäfgen, H.*, Die Salvarsanbehandlung bei multipler Sklerose. D. med. Wschr. Nr. 35, S. 1178.
418. *Schaffer, K.*, Zum Problem der Hirnfurchung. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 4, S. 452·
419. *Schaltenbrand, G.*, Gibt es eine Skopolaminsucht bei Parkinsonismuskranken? Med. Klin. Nr. 6, S. 176.
420. *Scharnke* und *Moog*, Über Beziehungen zwischen Neuritis und Encephalitis epidemica. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 89. (S. 170*.)
421. *Scheltema, M. W.*, Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk., 1. Hälfte, Nr. 22, S. 2487.
422. *Scherber, G.*, Besprechung ausgewählter Kapitel aus dem Gebiete der Syphilis. Wien. med. Wschr. Nr. 25, 26 u. 27. (S. 163*.)
423. *Derselbe*, Zur Frage der Lues nervosa. Wien. med. Wschr. Nr. 26, S. 1365.
424. *Scherber, G.* und *Albrecht, O.*, Die Wirkung der Malaria in Verbindung mit spezifischer Behandlung a. d. syphil. Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Gehirnnerven usw. Med. Klin. Nr. 37, S. 1285, u. 38, 1326. (S. 164*.)
425. *Scheyer, H.-E.*, Über Fettkörnchenzellbefunde im Rückenmark von Föten und Säuglingen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 185.

426. *Schilder, P.*, Die Encephalitis periaxialis diffusa (nebst Bemerk. zu d. Apraxie d. Lidschlusses.) Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3—4, S. 327.
427. *Derselbe*, Zur Psychologie und Klinik malariabehandelter Paralysen. Wien. klin. Wschr. Nr. 20, S. 500.
428. *Schilling* u. a., Biologisch-klinische Blutstudien und allgemeine Infektionsfragen an der Impfmalaria der Paralytiker, besonders über ihre unspezifische Wirksamkeit. Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 100, H. 6, S. 742.
429. *Schilling, V.* und *Joßmann*, Ein Fall von Schwarzwasserfieber nach Impftertiana bei Paralyse. Klin. Wschr. Nr. 33, S. 1498.
430. *Schinck*, Ein zunächst als Encephalitis lethargica diagnostizierter Hypophysentumor. Ztschr. f. Augenhk. Bd. 54, H. 5, S. 286.
431. *Schlesinger, H.*, Hirnabsceß (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., herausg. v. *Kraus* u. *Brugsch*, Bd. X, Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg).
432. *Derselbe*, Bemerkungen zur epidemischen Encephalitis. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, H. 3, S. 160.
433. *Schmalz, A.*, Über einen Fall von Hirntumor mit Pubertas praecox. Beiträge z. path. Anat. u. z. allg. Path. Bd. 73, H. 1, S. 168. (S. 174*.)
434. *Schmincke, A.*, Zur Kenntnis der diffusen meningealen Gliome des Kleinhirns. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 1—2, S. 169. (S. 175*.)
435. *Schmitt, W.*, Multiple Sklerose und Silbersalvarsan. Münch. med. Wschr. Nr. 8, S. 235.
436. *Schmitz, H.*, Malariabehandlung bei Paralyse. Psych.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 7—8, S. 33. (S. 164*.)
437. *Schnabel, A.*, Die Encephalitis epidemica (lethargica) als nosologische Einheit. Therapia, Nr. 1, S. 1.
438. *Derselbe*, Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der Encephalitis epidemica (leth.). Vereinsbericht: Klin. Wschr. Nr. 23, S. 1015.
439. *Scholz, W.*, Zur Kenntnis des status marmoratus (*C.* und *O. Vogt*) (Infantile partielle Striatumsklerose.) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 4—5, S. 355. (S. 172*.)
440. *Schultz, I. H.*, Kasuistischer Beitrag zur Frage der Lues nervosa. D. med. Wschr. Nr. 27, S. 914. (S. 161*.)
441. *Schuster, J.*, Pathoarchitektonische Studien an einem Gehirn, mit einer riesigen Dermoidcyste im linken Stirnlappen. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 294.
442. *Derselbe*, Zur Frage der Markfleckenbildung. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 82, H. 3—4, S. 186.
443. *Derselbe*, Über Spirochaeten in besonderen Fällen von Paralyse. Ebenda S. 149.
444. *Derselbe*, Über Kleinhirnerkrankungen bei alten Leuten. Ebenda Bd. 81, H. 1—4, S. 71.
445. *Derselbe*, Die im höheren Lebensalter vorkommenden Kleinhirnerkran-

kungen nebst Bemerkungen über den cerebellaren Wackeltremor. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 3—5, S. 531.
446. *Derselbe*, Encephalitis acuta. (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., herausg. v. *Kraus* u. *Brugsch*, Bd. X. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg).
447. *Schwartz*, Erkrankung eines Syphilitikers an Paralyse trotz überstandener Malaria. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 618. (S. 165*.)
448. *Schwarzacher*, *W.*, Über traumatische Markblutungen des Gehirns. Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 43, S. 113.
449. *Scigliano*, Compressione cerebrale. Neapel, Libreria internat. Bemporat, 405 S.
450, *Seletzky*, *W.*, Encephalitis chronica disseminata. (seu. enc. letharg.) Arch. f. Psychiat. Bd. 72, H. 3—4, S. 478.
451. *Sézary*, *A.* et *Barbé*, *A.*, Recherches sur le traitement spécifique de la paralysie générale et en particulier sur l'action du stovarsol. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Nr. 33, S. 1524.
452. *Shibuya*, *H.P.*, Untersuchungen über den traumatischen Hirnabsceß. Arb. a. d. neur. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 26, H. 2—3, S. 365.
453. *Derselbe*, Über den traumatischen Hirnprolaps. Ebenda S. 253.
454. *Siemens*, *H.*, Superinfektionsversuche bei quartärer Syphilis. Sitz. d. Forschungsanst. f. Psych. Ber.: Ztlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 38, H. 8, S. 479. (S. 163*.)
455. *Siemerling*, *E.*, Multiple Sklerose (Pathogenese, Ätiologie, Therapie). Klin. Wschr. Nr. 15, S. 609.
456. *Sievert*, *Fr.*, Erfahrungen mit Antimonpräparaten (Stibenyl und 661 v. *Heyden*) bei multipler Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 506. (S. 177*.)
457. *Silberstein*, *F.*, Experimentelle Encephalitisstudien. Vereinsbericht. Wien. klin. Wschr. Nr. 2, S. 30.
458. *Silverston*, *J. D.*, Relapsing fever therapy in general paralysis: Clinical notes on a case of paresis treated with African tick fever. Journ. of ment. science. Bd. 70, Nr. 288, S. 89.
459. *Simchowicz*, *T.*, Sur la signification des plaques séniles et sur la formule sénile de l'écorce cérébrale. Rev. neur., 1. Halbj. Nr. 2, S. 221.
460. *Singer*, *K.*, Paralysefragen. (Sammelref.) Med. Klin. Nr. 16, S. 538.
461. *Siniscalchi*, *R.*, Ricerche sperimentali sui prodotti di disfacimento basofilo — metacromatici. Riv. sperim. di fren. Bd. 48, H. 1—2, S. 287. (S. 178*.)
462. *Sittig*, Fall von multipler Sklerose unter dem Bilde der Encephalitis pontis et medullae oblongatae. Vereinsbericht. Med. Klin. Nr. 12.
463. *Somogyi*, *J.*, Beiträge zur Pathohistologie der Encephalitis epidemica. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 783.
464. *Sowade*, Jodgorgon bei der Syphilisbehandlung. D. med. Wschr. Nr. 9, S. 274. (S. 163*.)

465. *Spaar, R.*, Ein Beitrag zur Pathologie des Zentralnervensystems bei akuter gelber Leberathropie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u Psych. Bd. 93, H. 1—2, S. 18. (S. 177*.)
466. *Spatz, H.*, Untersuchungen über Stoffspeicherung und Stofftransport im Nervensystem. (Einleitung.) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 130.
467. *Derselbe*, Zur anatomischen Schnelldiagnose der progressiven Paralyse mittels Eisenreaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 1645.
468. *Derselbe*, Zur Ontogenese des Striatum und des Pallidum. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, S. 185.
469. *Spiegel, Th.*, Aneurysma racemosum des Plexus choriodeus des linken Seitenventrikels mit Übergreifen auf die Hirnsubstanz und Ruptur in den linken Seitenventrikel nach Trauma. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 1—3, S. 316.
470. *Spielmeyer, W.*, Pathogenese der Tabes und Unterschiede der Degenerationsvorgänge im peripheren und zentralen Nervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 3—5 S. 627.
471. *Derselbe*, Technik der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems 3. verm. Aufl. J. Springer, Berlin, 163 S. 8,70 M. (S. 179*.)
472. *Stärcke, A.*, Behandlung der Dementia paralytica. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. 1. Hälfte, Nr. 16, S. 1751.
473. *Stahl, R.*, Zur Technik der Suboccipitalpunktion. Klin. Wsch. Nr. 38, S. 1714.
474. *Stanojević, L.*, Über die Paralyse der Geistlichkeit Jugoslaviens. (Kroat.) Liječnički vjesnick Nr. 4, S. 157.
475. *Steck, H.*, Contribution a l'étude des séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique. (Les associations expér. — Les formes épileptoides.) Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 14, H 2, S. 163, u. Bd. 15, H. 1, S. 27.
476. *Steiner, G.*, Eisenreaktionen im Zentralnervensystem. Vers. südw. d. Neur. u. Irrenärzte, Mai 1924; Ber.: Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 312.)
477. *Derselbe*, Über die Infektionsbehandlung der Metasyphilis des Nervensystems und ihre theoretischen Grundlagen. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. Nr. 5, S. 14.
478. *Steinfeld*, Superinfektion bei experimenteller Recurrens und ihre therapeutische Anwendung auf die progressive Paralyse. Vers. südw. d. Neur. u. Irrenärzte, 1924; Ber.: Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 325. (S. 164*.)
479. *Stenvers, H.*, Über die klinische Bedeutung der kompensatorischen Augenbewegungen bei Kopfdrehung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 484. (S. 174*.)
480. *Derselbe*, Über die klinische Bedeutung des optischen Nystagmus für

die cerebrale Diagnostik. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 279. (S. 174*.)
481. *Derselbe*, Über Kopfhaltung bei Hirntumoren über und unter dem Tentorium. (Holl.) Neur. en psychiat. bladen Nr. 5, S. 237.
482. *Stern*, *F.*, Die epidemische Encephalitis und ihre soziale Bedeutung. Ztschr. f. Medizinalbeamte u. Krkhärzte. S. 407.
483. *Derselbe*, Die Behandlung der epidemischen Enzephalitis. Med. Klin. Nr. 30, S. 1027. (S. 171*.)
484. *Stern-Piper*, *L.*, Blutsenkungsgeschwindigkeit und postencephalitische Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 3—5, S. 633. (S. 169*.)
485. *Derselbe*, Zur Pathogenese der postencephalitischen Störungen. Versber. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 320.
486. *Stewart*, *R. M.*, General paralysis: its unsolved problems. Journ. of ment. science. Bd. 70, Nr. 288, S. 33.
487. *Stief*, *A.*, Zur Kasuistik der Cavernome des Gehirns. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 181. (S. 172*.)
488. *Derselbe*, Beiträge zur Histopathologie der senilen Demenz, mit besonderer Berücksichtigung der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Ebenda Bd. 91, H. 3—5, S. 579.
489. *Stiefler*, *G.*, Die Behandlung der Encephalitis lethargica. Ärztl. Reform-Ztg. Jg. 26, Folge 18. (S. 170*.)
490. *Derselbe*, Narkolepsie nach Encephalitis lethargica. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1044.
491. *Derselbe*, Seborrhoea faciei als isolierte postencephalitische Restveränderung. Wien. klin. Wschr. Nr. 14, S. 334. (S. 166*.)
492. *Derselbe*, Weitere Beobachtungen über die Kontagiosität der Encephalitis lethargica. Ebenda Nr. 35, S. 850. (S. 166*.)
493. *Derselbe*, Über die Spatzsche Methode zur histologischen Schnelldiagnose der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 438. (S. 165*.)
494. *Strauß*, *H.*, Über konstruktive Apraxie. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 56, H. 2—3, S. 65.
495. *Suckow*, *J.*, Atemstörungen bei Encephalitis epidemica. Mschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 56, H. 5—6, S. 317.
496. *Suesareff*, *P.*, Färbungsmethode der Glia und einiger Körnelungen des Nervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 756.
497. *Derselbe*, Zur Frage der pathologischen Anatomie chronischer progressiver Chorea von Huntington. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 3—5, S. 463.
498. *Symonds*, *C. P.*, The pathological anatomy of disseminated sclerosis. Brain, Bd. 47, Nr. 1, S. 36.
499. *Taddei*, *G.*, Contagio famigliare dell' encefalite epidemica. Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. 29, H. 3—4, S. 171.

500. *Taterka, H.*, Die Förderung der Hirndiagnostik durch die Encephalographie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 418. (S. 172*.)
501. *Derselbe*, Partielle Apraxie des rechten Armes nach linksseitiger Hemiplegie bei einer Linkshänderin. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 573.
502. *Derselbe*, Zentrales Gliom der Oblongata und der Medulla spinalis ohne bulbäre Störungen unter dem klinischen Bilde der Pachymeningitis cervicalis. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 580.
503. *Terplan, K.*, Zur pathologischen Anatomie der chronischen progressiven Chorea. Virch. Arch. Bd. 252, H. 1, S. 146.
504. *v. Thurzó, E.*, Über die Anwendung der Benedek'schen Schädelperkussionsmethode; genaue Lokalisation einer subarachnoidalen Zyste bei posttraumatischer Jackson-Epilepsie. Med. Klin. Nr. 2, S. 50.
505. *Tilmann*, Chirurgie der Gehirns. *J. Schwalbe*, Diagn. u. therap. Irrtümer, Chirurgie 6. Heft. Leipzig, G. Thieme, 74 S., 2,10 M. (S. 176*.)
506. *Tophoff, H.*, Über Remissionen bei der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 1—2, S. 190. (S. 163*)
507. *Trautmann, E.*, Über psychische Folgezustände nach Gehirntrauma. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 186.
507 a. *Trétiakoff, C.*, Die „zyto-lipoiden" Plaques und ihr Ursprung in verschiedenen Geisteskrankheiten. (Port.) Memorias do hosp. de Juquery, São Paulo (Bras.), Jg. 1, Nr. 1. (S. 178*.)
507 b. *Trétiakoff, C.* und *Pacheco e Silva, A. C.*, Beitrag zum Studium der zerebralen Zystizerkose und insbesondere der toxischen Gehirnläsionen dieser Erkrankung mit Fernwirkungen. (Port.) Ebenda. (S. 175*.)
508. *Trömner*, Über einige seltene oder neue Symptome bei Encephalitis. Vereinsbericht: Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 321.
509. *Tucker*, Intraspinal autogenous serum treatment in lethargic encephalitis. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 60, Nr. 4.
510. *Untersteiner, R.*, Erfahrungen über die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wschr. Nr. 20, S. 499. (S. 164*.)
511. *Urechia, C. J.* et *Danetz, C.*, Quelques considérations sur la maladie d'Alzheimer. Encéphale Nr. 6, S. 382.
512. *Urechia, C. J.* et *Mihalescu, S.*, La dégénérescence colloido-calcaire du cerveau. Arch. gen. di. neurol., psichiat. e psicoanal. Bd. 4—5, H. 3—4.
513. *Urechia, Mihalescu* et *Elkeles*, L'encéphalite périaxiale diffuse type Schilder. Encéphale Nr. 10, S. 617.
514. *Volkmann, J.*, Das Encephaloskop. Ztbl. f. Chirurg. Nr. 23, S. 1233.
515. *Walther, F.*, Zur Technik der Nervenzellfärbung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, S. 156.
516. *Derselbe*, Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit intravenösen

Injektionen von Silber- bzw. Neosilbersalvarsan und intramuskulären von Quinby. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 5, S. 759. (S. 163*.)
517. *Warkany, J.*, Studien über das Verhalten der Glia im Mittelhirn bei reflektorischer Pupillenstarre. Arb. a. d. neur. Inst. d. Wien. Univ. Bd. 26, H. 2—3, S. 455.
518. *Wartenberg, R.*, Encephalographische Erfahrungen. Vereinsbericht: Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 38, H. 3—4, S. 220.
519. *Derselbe*, Über die Suboccipitalpunktion (Technik.Diagnostische und therapeutische Anwendungsmöglichkeiten). Med. Klin. Nr. 20, S. 665.
520. *Weeber, R.*, Beitrag zur Frage der Malariablutkonservierung. Wien. klin. Wschr. Nr. 52. (S. 164*.)
521. *Derselbe*, Bemerkungen zur Therapie der progressiven Paralyse. Med. Klin. Nr. 24, S. 814. (S. 164*.)
522. *Derselbe*, Die Transportreaktion bei Hirntumor. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 81, S. 157.
523. *Weigeldt, W.*, Die Bedeutung der Lufteinblasung für Hirn- und Rückenmarkdiagnostik. D. Ztschr. f. Nervenhk. Bd. 77, S. 166.
524. *Weimann, W.*, Großhirnveränderungen bei Anaemie (zugl. ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei funikulärer Spinalerkrankung). Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 433. (S. 177*.)
525. *Derselbe*, Über den plötzlichen Hirntod bei Psychosen. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, H. 6, S. 566.
526. *Derselbe*, Über eine besondere Hämosiderinspeicherung in der Hirnrinde bei einer atypischen Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 89, H. 4—5, S. 600.
527. *Weinberg, M. H.*, Epidemic Encephalitis. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 59, Nr. 1—4, S. 39, 131, 272, 370.
528. *Weißmann*, Tabes und Paralyse unter den Eisenbahnbeamten. Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Nr. 10, S. 162.
529. *Wenderovič, E.*, Zur Symptomatologie und Diagnostik der epidemischen Encephalitis. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 4, S. 427. (S. 167*.)
530. *Werner, J.*, Beiträge zur Recurrenstherapie der Metalues. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 176. (S. 163*.)
531. *Derselbe*, Einige parasitologische Beobachtungen bei artifizieller Rekurrensinfektion. Ztschr. f. Hygiene u. Inf. Bd. 103, H. 1, S. 157. (S. 164*.)
532. *Westphal, A.*, Über bemerkenswerte Fälle von Encephalitis epidemica mit Krankenvorstellungen. Vereinsbericht: Ztbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 39, H. 3—4, S. 142.
533. *Weygandt, W.*, Der heutige Stand der Paralysebehandlung. Therapie d. Gegenw. Nr. 1, S. 30, u. Nr. 2, S. 71.
534. *Derselbe*, Die neuere Therapie der progressiven Paralyse. La Medicina. germ-hisp-amer., H. 11.

535. *Wieberneit, G.*, Zur Differentialdiagnose der multiplen Sklerose. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3—4, S. 482.
536. *Willemi, K.*, Die Veränderungen in der Hirnrinde und in den Stammganglien nach experimentaler Leberschädigung. Fol. neuropath. estoniana Bd. 2, H. 1, S. 109 u. Diss. Dorpat, J. Möllo.
537. *Wimmer, Aug.*, Chronic epidemic encephalitis. Kopenhagen, Levin u. Munksgaard. 335 S. 21,— Kr.
538. *Witte, F.*, Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, H. 1—2, S. 236.
539. *Wizel, A.* und *Prussak, L.*, Paralysebehandlung mit Malaria. (Poln.) Warszawskie czasopismo lekarskie Nr. 3, S. 93.
540. *Wohlwill, Fr.*, Nachwort zu der Arbeit von Scheyer. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 1, S. 208.
541. *Wohlwill, Fr.* und *Straus, E.*, Der Hitzschlag. Die nichteitrigen Entzündungen des Zentralnervensystems (in Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh. Bd. X. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg).
542. *Wolpert, J.*, Die Simultanagnosie — Störung der Gesamtauffassung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, H. 3—5, S. 397.
543. *Wüllenweber, G.*, Über die Funktion des Plexus chorioideus und die Entstehung des Hydrocephalus internus. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 1—3, S. 208. (S. 174*.)
544. *Zalla, M.*, La cura malaria della paralisi progressiva. (Esperienze e considerazioni.) Rinascenza med. Nr. 16, S. 374.
545. *Ziegelroth, L.*, Bulbäre Symptome und Erscheinungen bei Hirndruck. Arch. f. Psych. Bd. 71, Nr. 3—4, S. 522.
546. *Zingerle, H.*, Über latente Parese. Klin. Wschr. Nr. 31, S. 1399.
547. *Zweig, H.*, Myoklonische Form der Encephalitis epidemica im Kindesalter. Mtschr. f. Kinderhk. Bd. 29, H. 2, S. 122.

Luetische Erkrankungen.

Nonnes (341) Handbuch „Syphilis und Nervensystem" ist das Werk über dieses Thema. Bei der Fülle des Materials kann nur auf seine Bedeutung hingewiesen werden, ein kurzes Referat würde dem Buche nur abträglich sein können.

Binswanger (32) geht von den wechselnden Deutungen des Wesens des Entzündungsprozesses aus. In Fällen, die im Initialstadium der Paralyse sterben, wird man nekrobiotische Vorgänge im funktionstragenden Hirnparenchym aufdecken können. Wahrscheinlich spielen sich die Anfänge dieser destruktiven Prozesse im *Nißl*schen Grau ab. Neben der syphilitischen Durchseuchung steht unter den vorbereitenden und mitveranlassenden Faktoren die konstitutionelle Beschaffenheit des Erkrankten obenan. Diese kann angeboren und erworben sein. Die Annahme neurotropischer Spirochätenstämme ist zwar sehr wahrscheinlich geworden, aber noch nicht hinlänglich sichergestellt. Auch die Allergieschwäche der ektodermalen Gewebe kann angeboren oder erworben sein. Ob fehlerhafte

Heilmethoden einen wesentlichen Anteil an der Entwicklung metaluetischer Prozesse haben, ist zurzeit noch unentschieden.

Albrecht (7) gibt in der Form eines Vortrages eine Übersicht über die Symptome der beginnenden Paralyse, bespricht ihren diagnostischen Wert und ihre Unterschiede anderen Erkrankungen gegenüber. Bei der Wichtigkeit der rechtzeitigen Diagnose ist eine solche Zusammenstellung grade für praktische Ärzte, für die sie gedacht ist, von der allergrößten Bedeutung.

Bumke (63) gibt einen kurzen Überblick über die Paralyseprobleme und zwar bespricht er die Probleme auf dem Gebiete der Ätiologie, der Symptome, des Verlaufs, der Häufigkeit und der Behandlung.

Plaut, *Mulzer* und *Neubürger* (374) kommen auf Grund ihrer Versuche zu folgenden Ergebnissen: „Es gibt durch Syphilisspirochäten hervorgerufene Enzephalitiden bei syphilitischen Kaninchen. Die nach Überimpfung von Paralytikerhirnrinde auf Kaninchen beobachtete Enzephalitis hat mit der spontanen Kaninchenenzephalitis nichts zu tun; es konnte auch bei ihr das als Erreger der spontanen Kaninchenenzephalitis angesprochene Enzephalitozoon cuniculi nicht gefunden werden. Das ätiologisch wirksame, seiner Natur nach ungeklärte Agens, das die „Paralyse-Enzephalitis" der Kaninchen erzeugt, befindet sich im Impfmaterial. Neu angestellte experimentelle Versuche lassen es zweifelhaft erscheinen, daß die „Paralyse-Enzephalitis" durch eine Syphilisspirochäte erzeugt wird."

Bonfilio (44) gibt selbst zu, nichts Neues zu bringen, sondern nur die Befunde von *Jahnel*, *Illert*, *Levaditi*, *Nicolau*, *Plaut*, *Schön* u. a. mit Bezug auf die histologischen Befunde bei der spontanen Enzephalitis der Kaninchen bestätigen zu können. Die von ihm im Gehirne der Kaninchen gefundenen „Sphärulen" sind nach ihm wahrscheinlich parasitäre Protozoen. Er bespricht ferner (45) eine spontane Erkrankung der nervösen Zentren des Kaninchens und benennt sie Encephalitis infiltrativa non purulenta. Dem anat.-pathol. Befunde nach ähnelt sie der Lues cerebri der Paralyse und der Encephalitis epidemica. (Révész.)

Pacheco e Silva (353 a) suchte das Trepanoma pallidum in der Hirnrinde von Paralytikern, von denen 4 Neger und 5 Weiße waren, konnte aber in 2 Fällen den genannten Erreger nicht finden. Er betont einen gewissen Parallelismus zwischen der Anzahl der Trepanomen und der Intensität der Erkrankung (Révész.)

Jahnel (210) gibt einen Überblick über den heutigen Stand der Paralysefrage im Lichte der Spirochätenbefunde. Die Verteilung der Spirochäten (Hirnrinde, insbesondere des Stirnlappens, Kleinhirn, Corpus striatum usw.) deckt sich im allgemeinen mit der Ausbreitung des paralytischen Krankheitsprozesses. Aus der Unmöglichkeit einer erschöpfenden Untersuchung des ganzen Zentralnervensystems erklären sich die negativen Parasitenbefunde in ungefähr 50 % der Fälle. Trotzdem kann an der Bedeutung der Spirochaeta pallida für den paralytischen Krankheitsvorgang kein Zweifel bestehen. Zur Kontrolle therapeutischer Wirkungen eignet sich der Parasitennachweis wegen seiner Inkonstanz und Abhängigkeit von z. Zt. noch schwer faßbaren Faktoren nicht. Obzwar Spirochäten bei therapeutisch beeinflußten Fällen nicht ausnahmslos vermißt

werden, hat es den Anschein, daß ihre Zahl geringer ist, ebenso bei interkurrent an fieberhaften Krankheiten verstorbenen Paralytikern. Die neuesten Behandlungsmethoden (Malariaimpfung von *Wagner-Jauregg*) erscheinen nach Experimenten von *Weichbrodt* und dem Vortr. — Ausheilung von Kaninchenschankern nach Hyperthermie infolge von Überhitzung — auch theoretisch nicht unbegründet. Vortr. erhofft von einem weiteren Ausbau unserer Kenntnisse über die Spirochäten und ihre Biologie im Organismus des Paralytikers auch Gewinn für die Paralysetherapie. (Eigenbericht.)

Klieneberger (247) spricht sich „gegen jegliche ursächliche und hilfsursächliche Bedeutung des Krieges und seiner Auswirkungen ... wie für die Dem. praec. so auch für die Paralyse und Tabes" aus. Aus „Billigkeitsgründen" will er von Hilfsursachen sprechen, wenn ein schweres Trauma vorlag, die Erkrankung sich unmittelbar an das Trauma anschloß und wenn der Verlauf besonders progredient wurde.

Kehrer und *Struzina* (237) vergleichen die Aufnahmen der Breslauer Klinik an Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis aus den Jahren 1913, 1917 und 1921 miteinander. Während die Paralyse abgenommen hatte, nahm die Tabes wenig, die Lues cerebrospinalis deutlich zu. Die letztgenannte Zunahme wird als Kriegseinfluß gewertet, während sich über den Einfluß des Krieges auf die Metalues noch nichts Sicheres sagen läßt.

J. H. Schultz (440) teilt im Anschluß an *Plauts* Untersuchungen eine Beobachtung mit, nach der 4 Offiziere, die sich bei derselben Puella infizierten, trotz sachgemäßer Behandlung erkrankten und zwar 2 an Paralyse, einer an einer luetischen Hemiplegie, der letzte an einer schweren Tabes.

Nach *Pettes* (364) Untersuchungen und Erhebungen hat die Metalues keine vorhergehende schwerere Neurolues zur Voraussetzung. Die Ansicht, daß eine schwerere meningeale Lues ausschließlich nach ungenügender Behandlung auftritt, kann nicht mehr aufrechterhalten werden. Er teilt drei Fälle von luischer Meningitis, die klinisch und anatomisch untersucht wurden, mit.

Mattauschek (308) meint, daß Neurorezidive mit ausgesprochenen entzündlichen Proliferationsvorgängen die spätere Entwicklung einer Metalues unwahrscheinlich mache. Er macht darauf aufmerksam, daß die Zahl der Neurorezidive beim weiblichen Geschlecht größer sei als beim männlichen; umgekehrt sei es bei der Paralyse.

Ostertag (351) berichtet über die Fälle von luischer Meningitis, bei denen die perivasculären Infiltrate der Rinde und die Pia Hämosiderin enthielten.

Bouman (53) fand in einigen Fällen von Tetanus und Paralyse Anhäufungen von Gliazellen in allen Teilen des Gehirnes. In einem Falle fand er keine perivaskulären Infiltrationen von Leukozyten oder Lymphozyten, in einem anderen bestanden die Infiltrationen aus Lymphozyten und sehr vielen Mastzellen. (Révész.)

De Sanctis (413) bestätigt die Befunde von *Bonfiglio*, *Hayashi*, *Lubarsch* und *Spatz*, daß zahlreiches eisenhaltiges Pigment in der Hirnrinde ein charakteristisches Zeichen der Paralysis progressiva ist. (Révész.)

Bouman und *Bok* (56) beschreiben bei einem 14 jährigen Knaben eine aus-

gesprochene tödliche juvenile Paralyse mit allen ihren körperlichen Zeichen und starker Verblödung. Auch seine älteste Schwester war an derselben Krankheit gestorben. In der aus der Hirnrinde hergestellten Emulsion fand man äußerst zahlreiche, sich kräftig bewegende Spirochäten. (Révész.)

Fabritius (104) teilt 23 Fälle von nichtparalytischen Luespsychosen mit. Er unterscheidet auf Grund dieser Fälle und der Literatur I. Exogene Reaktionstypen. Zu diesen rechnet er Verwirrtheitszustände, Amentiabilder, Dämmerzustandsartige Psychosen und Korsakoffsche Symptomenkomplexe. Der Verlauf kann sehr akut sein, aber auch weniger stürmisch. Der Ausgang ist entweder Tod, Siechtum oder — nicht selten — völlige Genesung.

II. Halluzinose- bzw. halluzinatorisch-paranoide Typen. Wesensverwandt mit den exogenen Reaktionstypen und deshalb auch von *Bonhoeffer* zu ihnen gerechnet, stellen sie doch klinisch eine recht scharf begrenzte Gruppe dar. Zu ihnen gehören sowohl akute wie chronische Verlaufsformen. Der Ausgang ist derselbe wie bei den exogenen Reaktionstypen.

III. Chronische Defektzustände. Hier unterteilt er in syphilitische Pseudoparalyse und sog. postsyphilitische Demenz. Diese Gruppe ist seit langem bekannt und anerkannt.

IV. Manische, depressive und katatone Formen sowie Verbindungen derselben. Psychosen dieser Art scheinen, soweit sie auf der Basis von Lues entstanden sind, keine selbständige Bedeutung zu haben; sie sind vielmehr nur Phasen oder Schübe eines zu geistigem Siechtum führenden chronischen Leidens. Die verschiedenen Phasen können dabei sehr ähnlich sein, können aber auch in ihrem Aussehen wechseln, so daß etwa depressive Schübe manischen Erregungen oder katatone Bilder Depressionen folgen können.

Rosenstein (406) teilt einen interessanten Fall von Akromegalie + Lues cerebri mit, der den bereits bekannten in den wichtigsten klinischen Daten entspricht. Die Kranke starb trotz einer eingeleiteten antiluetischen Kur unter mannigfachen Hirndruckerscheinungen an zerebralen Krämpfen. Bei der Sektion fand sich ein eosinophiles Adenom des Hypophysenvorderlappens mit beginnender maligner Entartung. Es erscheint unmöglich, hyperpituaristische Zustandsbilder bei zerebraler Lues als Folge einer Lues der Hypophyse anzusehen, da Lues niemals einer innersekretorischen Drüse eine dauernde Überfunktion gestattet. Für die Entstehung der Akromegalie werden Störungen im innersekretorischen Apparat verantwortlich gemacht in dem Sinne, daß die in allen Fällen zeitlich primäre Amenorrhoe eine vikariierende Überfunktion hervorruft. Diese Erklärung macht die sehr ungewöhnlichen innersekretorischen Anomalien des mitgeteilten Falles verständlich; besonders auffällig war eine doppelseitige Mamma lactans bei virginellem infantil-hypoplastischen Genitale.

Boas (34) beschreibt einen Fall, in dem Parkinsonismus und Pyramidenzeichen kombiniert waren und in dem eine frühere Lues als Grundlage wahrscheinlich war. Unter Heranziehung der Fälle aus der Literatur bespricht er die Erscheinungen wie die diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkte der Erkrankung.

Kalnin (230) untersuchte die Beteiligung des extrapyramidal-motorischen Systems am paralytischen Prozeß. Er fand, daß der Nucleus caudatus wie das Putamen regelmäßig Veränderungen aufwiesen; dagegen war das Pallidum nur in 4 von 35 Fällen schwach betroffen, der Nucleus dentatus nie. Ganz ähnlich gering war die Beteiligung der anderen tieferen Zentren, des Corpus Luysii, des Nucleus ruber und der Substantia nigra. Nur der Thalamus machte eine Ausnahme: er war in 28 von 32 Fällen verändert, in der Regel freilich schwach. Zur Erklärung werden entwicklungsgeschichtliche Daten herangezogen.

Siemens (454) machte bei Paralytikern und Tabikern vergeblich Superinfektionsversuche mit frischer Lues. Frühsyphilis bei Tabes und Paralyse weist deshalb auf völlig ausgeheilte Syphilis hin; die Tabes kann, wenn auch mit Defekt, völlig ausheilen.

Tophoff (506) fand in Bremen bei Paralyse 19,7 % Spontanremissionen, darunter 4,8% vollkommene. Die Malariabehandlung brachte zwar mehr, aber nicht erheblich mehr Remissionen.

Scherber (422) schreibt für den Verlauf der Lues der angeborenen Disposition den größten Einfluß zu, hält aber auch das Vorkommen besonderer Spirochätenstämme für wahrscheinlich.

Jahrreiß (211) teilt die Paralysebewegung in Leipzig in den Jahren 1905—1922 mit. Die Aufnahmen an Paralytikern erreichten absolut wie relativ die Höchstzahl 1916, um dann wieder zu fallen und zwar bei Männern wie bei Frauen. Eine genügend sichere Erklärung fehlt noch für diese Tatsache.

Hoff und *Silberstein* (193) stellten an Hunden fest, daß es nach endolumbaler Injektion sterilen Pferdeserums möglich ist, intravenös zugeführtes Salvarsan ins Zentralnervensystem zu bringen; die erste Injektion muß etwa 19—24 Stunden nach der Lumbalpunktion erfolgen.

Kalberlah (228) sah bei Tabes und Paralyse wie bei multipler Sklerose mit „Albert 102" gute Erfolge.

Über die Dosierung gibt *Kalberlah* (229) an, daß er bei multipler Sklerose mit 0,05 beginne und langsam über 0,075, 0,09 auf 0,1 steige. Es seien stets mindestens 25, oft noch mehr Injektionen erforderlich. Ebenso liegen die Einzeldosen bei Tabes zwischen 0,05 und 0,1, während bei der Paralyse auch größere Dosen (0,2) angewandt wurden. Um die Verträglichkeit des Mittels zu erproben, gab er einem Paralytiker 150 Injektionen, davon 6 Wochen lang täglich, ohne daß Schädigungen auftraten.

Sowade (464) empfiehlt Jodgorgon für die Luesbehandlung wegen seiner guten Verträglichkeit.

Walther (516) sah von Wismutinjektionen schwächere Wirkung (bei progressiver Paralyse) als von Silber- bzw. Neosilbersalvarsan.

Böhmig (35) behandelte 10 Paralytiker mit Milchinjektionen; die von ihm gemachten Erfahrungen waren nicht ermutigend.

Sagel (411) sah bei Rekurrensbehandlung in 56% weitgehende Besserungen. Ebenso berichtet *Werner* (530) von relativ guten Erfolgen, dagegen warnt *Boening* (36) vor einer Überschätzung der Rekurrenstherapie.

Steinfeld (478) erzielte durch Superinfektionen mit Rekurrens (am besten mehrere Impfungen am gleichen Tage) kontinuierliche Fieberverläufe von 5 bis 6 Tagen mit Temperaturen bis zu 42° rektal.

Werner (531) konnte mit Hirnbrei, Blut und Liquor von auf der Höhe des Rekurrensfiebers oder während des Relapses gestorbenen Menschen und Mäusen noch 96—120 Stunden post mortem Mäuse infizieren. Aus anderen Beobachtungen schließt er auf das Vorhandensein von besonders resistenten Dauerformen der Rekurrensspirochäten.

Weeber (521) behandelte die Paralyse mit Malaria mit gutem Erfolg, warnt jedoch vor übertriebenen Hoffnungen und hält sich nicht für berechtigt (mit Recht! Ref.), von Heilungen zu sprechen.

Mayer (312) sah nach Malariabehandlung unter 40 Fällen 29 Remissionen.

Ilse Gräf (142) berichtet über die Erfahrungen mit Malariabehandlung an der Leipziger Klinik; das kleine Material läßt bindende Schlüsse nicht zu, doch waren die Ergebnisse bisher ermutigend.

Herrmann (174) fand bei 40 Fällen in 35% Remissionen nach Malariabehandlung; in einigen Fällen sah er eine paranoide Umwandlung der Persönlichkeit nach der Behandlung. Der Hämolysinreaktion scheint prognostische Bedeutung zuzukommen; ihr Bestehenbleiben nach der Behandlung ist prognostisch ungünstig.

Hermann (176) sah auch Erfolge bei der Malariabehandlung juveniler Paralyse, und Günstiges sahen von ihr mit nachfolgender spezifischer Behandlung *Scherber* und *Albrecht* (424) auch bei Tabes.

Über günstige Ergebnisse berichten weiter *Herzig* (181) aus Wien-Steinhoff, *Reese* und *Peter* (391) aus Hamburg-Eppendorf, *Schmitz* (436) aus Oberneuland, *Untersteiner* (510) aus Innsbruck. Zurückhaltender äußert sich *Kihn* (239) über die Erfolge der Erlanger Klinik.

Plehn (375) empfiehlt für solche Fälle, bei denen die Tertianaform nicht zur Verwendung kommen kann, z. B. statt der Reinfektion mit Tertiana, die Tropicabehandlung, die er an 29 Fällen durchführte; unter Umständen muß die Erkrankung unterbrochen und nach der Erholung wieder infiziert werden, was ohne Schwierigkeit gelingt (im Gegensatz zur Tertiana). Diese Behandlung erfordert mehr noch als die Tertianabehandlung eine genaue Kenntnis der Malariapathologie. (Nach den Friedrichsberger Erfahrungen muß vor der Tropicabehandlung gewarnt werden. Ref.)

Weeber (520) versuchte Konservierung und Übertragung der Malariaplasmodien durch Blutegel; jedoch waren die Erfolge wenig befriedigend.

Dattner und *Kauders* (87) berichteten u. a. über ihre Versuche zur Konservierung der Malariaplasmodien. Am besten bewährte sich Zusatz von 0,5% Natr.citrat.lösung, die zum Blut in gleicher Menge zugesetzt wurde, und eine Mischung einer Normosallösung mit einer der physiol. Kochsalzlösung isotonischen Natr.oxalat-Lösung, und zwar im Mischverhältnis 3:2. Damit gelangen Übertragungen noch nach 20 Stunden bei Körperwärme, bei Zimmertemperatur

noch nach 16 Stunden. Zweckmäßig ist dafür die Blutentnahme auf der Höhe des Fiebers oder während der Entfieberung.

Lewis, *Hubbard* und *Dyar* (272) fanden unter 51 Fällen von Paralyse in 31% vollkommene Remission nach Malariabehandlung. (Révész.)

Gerstmann (128) gibt eine zusammenfassende Darstellung der Paralysetherapie, beginnend mit dem Salvarsan in seinen verschiedenen Applikationsarten (intravenös, intraspinal, intracraniell, intracarotidial). Ausführlicher werden, ihrer Wichtigkeit entsprechend, die Methoden besprochen, die *Wagner-Jauregg* vom *Koch*schen Alttuberkulin an bis zur Malaria hin eingeführt hat. Bemerkenswert ist die im Gegensatz etwa zu *Gennerich* stehende Anschauung des Verf., daß den pathologischen Reaktionen bei der Paralyse keine selbständige Bedeutung zukomme und daß das Bestreben, unbedingt die pathologischen Reaktionen zum Schwinden zu bringen, irrtümlich sei.

Schwartz (447) teilt einen Fall mit, in dem ein Syphiliskranker durch das Überstehen einer Malaria weder seine Syphilis verlor noch vor einer späteren Paralyse geschützt wurde.

Horn (196) fand bei Malaria ohne Lues einen schwankenden Verlauf der Wa. und Meinickeschen Reaktion. Beide schwinden nach der ersten Chiningabe, zeigen aber an Fällen, die ausgiebig und hoch fieberten, eine zweite positive Periode, die weder durch Chinin noch durch Salvarsan beeinflußbar war. Ähnlich war es bei malariabehandelten Paralytikern.

Stiefler (493) empfiehlt die *Spatz*sche Methode des Eisennachweises dringend zur Schnelldiagnose der Paralyse. (Josephy.)

Enzephalitis epidemica.

Kayser-Petersen (236) versucht dem Zusammenhang zwischen Grippe und Enzephalitis auf historischem Wege näher zu kommen. Er untersuchte die früheren Grippeepidemien von 1580, 1658, 1673—75, 1711—12, 1729, 1767, 1780—82 und 1830—33 auf das Vorkommen von Erscheinungen, die der jetzigen E. epidemica ähnlich sind. Es fanden sich zweifellos eine Reihe solcher Erscheinungen, namentlich fehlten in keiner Epidemie Schlafstörungen; aber auch andere Störungen wie Muskelstarre, Zittern und Zuckungen der verschiedensten Art, Delirien usw. wurden beobachtet.

Hoff (192), der die Wiener Fälle von E. epid. aus den Jahren 1916—1923 statistisch bearbeitete, fand wesentliche Unterschiede der Einzelepidemien sowohl im akuten Stadium wie im Endausgang. Männer und Frauen waren etwa in gleicher Weise gefährdet. Das Alter von 15—35 Jahren war bevorzugt. Metallverarbeitende Berufe waren am stärksten befallen, in zweiter Linie die intellektuellen Berufe.

Nonne (343) gibt eine zusammenfassende Darstellung seiner Erfahrungen (162 Fälle) über E. epidemica, auf die im einzelnen nicht eingegangen werden kann.

A. Meyer (324) berichtet über 92 Fälle aus der Bonner Klinik. Symptomatologisch interessant waren zwei Fälle mit manischem Beginn und ohne Fiebererscheinungen. Ein weiterer Fall zeigte neben ophthalmoplegischen und neu-

ritischen Erscheinungen einen deliriösen Verwirrtheitszustand, der in ein korsakowähnliches Zustandsbild überging, und mehrere Reihen epileptiformer Anfälle. Weiterhin bespricht er interessante extrapyramidale Bewegungsstörungen und besonders die Störungen der Pupillen. Ein weiteres Kapitel ist den Enzephalitiden des Kindesalters gewidmet. Die Prognose wird im allgemeinen ungünstig beurteilt. Näheres Eingehen auf die vielfach interessante Arbeit ist leider nicht angängig.

Stiefler (492) teilt Fälle mit, deren Epidemiologie zugunsten der Übertragbarkeit der E. epid. sprechen.

Doerr und *Zdansky* (90) unterziehen die bisherigen Ergebnisse der ätiologischen Erforschung einer kritischen Analyse. Als wesensverschieden sind drei Viruskategorien zu betrachten: die herpetiformen Stämme einerseits, die Stämme von *Kling* und seinen Mitarbeitern andererseits und drittens der Stamm von *Koritschoner*. Nur für die herpetiformen Stämme besteht die Wahrscheinlichkeit, daß sie Abkömmlinge des Virus der E. epid. sein können. Aus dem Gehirn oder Liquor nicht enzephalitischer Menschen typische Herpesstämme zu gewinnen gelang nicht.

Doerrs (89) ausführliche Arbeiten über die neuen experimentellen Forschungen über die Ätiologie des Herpes simplex und des Zoster sind wegen ihrer Beziehungen zur Ätiologie der E. epid. sehr wichtig, eignen sich aber nicht für ein kurzes Referat.

Aus der Arbeit von *Luger* und *Lauda* (289) sei erwähnt, daß der auf das Kaninchenauge überimpfte Blaseninhalt von Herpes simplex nach einer Inkubationszeit von 17—24 Tagen ein Krankheitsbild hervorrufen kann, das durch schwere zerebrale Erscheinungen gekennzeichnet ist, und als deren anatomisches Substrat eine Enzephalitis nachgewiesen wurde.

Marinesco und *Draganesco* (306) studieren in einer heuristisch wertvollen Arbeit das Problem des Neurotropismus, indem sie Kaninchen, Katzen und Meerschweinchen den Inhalt von Herpesbläschen in die Kornea inokulieren. Schlußfolgerungen: 1. Das Virus wandert auf Grund physikalisch-chemischer Gesetze. 2. Das enzephalitische Virus gelangt beim Menschen vom Rhinenzephalon entlang der Nervenfasern und Lymphgefäße zum Mesenzephalon. (Révész.)

Bouman (54) injizierte 20 Kaninchen intrazerebral mit dem Inhalte von Herpesblasen des Menschen und tötete sie dann zu verschiedenen Zeiten. Die Untersuchung dieser Kaninchengehirne stellte in großen Zügen eine histologische Übereinstimmung mit der Enzephalitis epidemica fest. (Révész.)

Beringer (25) sah einen zweiten Schub von E. epid. sich nach besonders starker körperlicher Anstregung entwickeln; er bringt ihn mit dieser Anstrengung in kausalen Zusammenhang.

Stiefler (491) erörtert die Frage der zerebralen Lokalisation der Seborrhoea faciei. Ihm scheint wegen des Fehlens aller striären Erscheinungen im beschriebenen Falle die Lokalisation in der Umgebung des dritten Ventrikels plausibler als im Striatum.

Filimonoff (106) untersuchte das gegenseitige Verhältnis der elementaren extrapyramidalen und metameren Funktionen. Rein klinisch kommt er zur For-

derung von 3 Systempaaren im extrapyramidalen Apparat; jedes Systempaar setzt sich aus einem synergistischen und antagonistischen System zusammen. Das erste Paar betrifft die elementaren Automatismen, das zweite die komplizierten Automatismen, das dritte den Tonus. Anatomisch liegen die Verhältnisse viel komplizierter: mit dem Gegensatz zwischen Palaeo- und Neostriatum allein kommt man nicht aus; das tonigene System schließt zwei anatomisch verschiedene Systeme, ein zerebellares und ein neostriäres, ein. Das erstere ist wieder von höheren kortikalen Zentren abhängig. Ähnlich kompliziert liegen die Verhältnisse bei den anderen Systemen. Alle Systeme können nur hinsichtlich der Richtung ihrer Arbeit verglichen werden, im übrigen haben ihre Funktionen einen individuellen, für jedes System spezifischen Charakter.

Nach *Omodei-Zorini* (346) ist die Entstehung der muskulären Hypertonie wahrscheinlich in der Schädigung des Locus niger zu suchen, so daß beim Fehlen des hemmenden Einflusses der Substantia nigra auf das Kleinhirn die zerebellare statotonische Wirkung überwiegt.

Wenderowič (529) berichtet über die Symptomatologie der Petrograder Fälle und bespricht namentlich die Differentialdiagnose des metenzephalitischen Parkinsonismus von andersartig bedingten Parkinsonzuständen.

Moewes (329): Fall mit plötzlichem fieberhaften Beginn, Bewußtseinstrübung, krampfartigen Zuckungen. Verlangsamte Atmung, im Urin reichlich Zucker, Azetessigsäure und Azeton. Insulin brachte schnelle Besserung des Urinbefundes. Anschließend längerer enzephalitischer Krankheitsverlauf.

Hudoverning (200) fand unter 20 Metenzephalitikern 1 Kranken mit absoluter, 2 Kranke mit reflektorischer Pupillenstarre. Die reflektorische Pupillenstarre, die schon längere Zeit unverändert bestand, ließ sich durch innere Atropingaben beseitigen. Verf. bezeichnet die Erscheinung deshalb als „wechselnde reflektorische Pupillenstarre" im Anschluß an *A. Westphals* „wechselnde absolute Starre". Er untersuchte nun das Verhalten der Pupillen nach Einträufelungen von 5‰ Eserin, 1‰ Pilokarpin-, 1% Kokain-, 1‰ Atropin- und 1‰ Adrenalinlösung, ferner nach Injektion von je 0,001 Adrenalin und Atropin und nach stärkerer faradischer Reizung der Nackenhaut. Er fand außer der erwähnten Aufhebung der refl. Starre durch Atropingebrauch: die absolute Starre bei einem Metenz. wurde durch Atropin nicht beeinflußt. Bei 2 Fällen mit träger Lichtreaktion wurde diese durch Pilokarpin und Eserin in eine mehrtägige Lichtstarre umgewandelt. Das gleiche fand er bei einem Tabesfall und 3 Paralysenfällen; bei 2 Paralytikern wurde die so entstandene Lichtstarre durch Atropin und Kokain wieder behoben. Bei einem Paralytiker mit lichtstarren Pupillen entstand nach Kokain eine träge L.R. Verf. schließt sich *Westphals* Annahme einer striär bedingten Tonuserhöhung der Irismuskulatur für die Folgezustände der E. an.

Mayer und *Scharfetter* (313) bestätigen die Beobachtungen *Sterns* über die Häufigkeit von Schmerzen bei E. epid. und berichten über zwei Fälle mit Parästhesien, die sich im ersten Falle über einen Zeitraum von 4½ Jahren erstrecken.

Gamper und *Untersteiner* (124): Fall von E. epid. mit interessanter, kinematographisch aufgenommener Hyperkinese und zwar mit iterierenden Bewe-

gungen von zusammengesetztem Charakter: Mundöffnen, Kopf-Wirbelsäulebewegung, Verschiebung des Schulter-Arm-Gebietes. Die Mund- und Kopfbewegung wird mit dem oralen Einstellungsreflex des Säuglings in Parallele gesetzt, während die Arm-Schulterbewegung als Stellreflex abhängig von der erstgenannten Bewegung aufgefaßt wird.

Ewald (103) beschreibt bei E. epid. eigentümliche Schauanfälle, die in einer anfallsweise auftretenden Deviation conjugée der Augen nach der Seite oder nach oben bestehen, anfänglich kurz sind, später aber stundenlang dauern. Es handelt sich um eine Art tonischer Innervation, die jederzeit willkürlich unterbrochen werden kann, sich aber bei Nachlassen des Willküraktes sofort wieder einstellt. Die Anfälle, die meist mit Verstimmungszuständen verbunden sind, treten in regelmäßigen Perioden auf; sie werden meistens nur durch Schlaf behoben.

Nach den Untersuchungen von *Kurella* und *Schramm* (261) an Enzephalitikern mit dem Sklerometer stehen Rigor und Härte nicht in einem eindeutigen geraden Abhängigkeitsverhältnis, sondern können sowohl gleichsinnig wie in entgegengesetzter Richtung verändert sein. Vom Standpunkt der dualistischen Theorie gesehen scheint der tonische und der tetanische Prozeß im entgegengesetzten Sinne gestört zu sein; der eine befindet sich in Hypofunktion, der andere in Hyperfunktion.

Gurewitsch (158) gibt kurz 8 Krankengeschichten wieder, die durch das Vorhandensein von Parkinsonismus und durch psychische Störungen im Sinne der Adynamie, Herabsetzung des Antriebes, Willensschwäche bei verhältnismäßig unversehrtem Intellekt gekennzeichnet sind. Vorläufig kann bei einer Zusammenstellung analoger Störungen, die bei verschiedenen Krankheiten auftreten, nur von einer Lokalisation im Bereiche von Systemen, nicht aber im Gebiete bestimmter Zentren gesprochen werden.

Nach *Bostroem* (47) beruht die rigorfreie Starre auf einer fehlenden Innervationsbereitschaft, die mit einer Herabsetzung der willkürlichen Muskelspannung einhergeht. Der Rigor allein ist nicht imstande, den Eindruck der maskenartigen Starre oder Haltungsstarre hervorzurufen (s. arteriosklerotische Muskelstarre). Stärker wird der Eindruck des Starren, Gebundenen bei Bewegungen sowohl des Gesichts wie des Körpers. *B.* sieht die Ursache dafür in einer Lockerung des Zusammenhanges der Bewegungen, in einer mangelhaften gegenseitigen Abstufung, wozu in schwereren Fällen Bewegungsausfälle von Muskeln oder Muskelgruppen treten. Es tritt eine Dissoziation ein, die einerseits die Bewegung dem gestaltenden Einfluß der Persönlichkeit entzieht, andererseits bewirkt, daß die einzelnen Teile einer Bewegung auseinanderfallen oder daß Teile derselben ganz verschwinden. Dieses Auseinanderfallen scheint verwandt mit der Asynergie *Babinskis*, funktionell auch trotz mancher Unterschiede mit der zerebellaren Asynergie; beide Störungen (die zerebellare und striäre Asynergie) betreffen aber in einem System mit gleicher motorischer Aufgabe verschiedene Stufen.

Bostroem (48) weist weiter auf die Unterschiede zwischen katatonen und

enzephalitischen Motilitätsstörungen hin. Die katatonen Erscheinungen gehören pathophysiologisch in ein höheres Niveau als die enzephalitischen.

Jakob (213): Wertvolle Kasuistik. Im Anschluß daran eingehende Erörterungen über die Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Zum kurzen Referat eignet sich das Buch nicht.

Stern-Piper (484) untersuchte die Blutsenkungsgeschwindigkeit bei postenzephalitischen Störungen. Er fand sie erhöht im Beginne der Erkrankung, negativ (d. h. normal) oder verlangsamt bei den länger dauernden chronischen Fällen. Die Prognose der Fälle mit negativer und verlangsamter Senkungsgeschwindigkeit ist ungünstig.

Runge und *Hagemann* (410) untersuchten 20 Enzephalitiker auf Urobilin- und Urobilinogenausscheidung, stellten die *Widal*sche Untersuchung auf hämoklastische Krise an, prüften weiter den Urin auf Lävulose- und Galaktosebelastung nach *Trommer* und evt. *Seliwanoff*, bestimmten den Bilirubingehalt des Blutserums und untersuchten den Urin quantitativ auf N, NH^3 und Aminosäuren. — Die Untersuchung mit einer Methode hatte öfters ein negatives Ergebnis. In 9 Fällen, die mit sämtlichen Methoden untersucht wurden, fand sich dagegen stets positiver Ausfall einer oder mehrerer Untersuchungsarten.

Über psychische Folgeerscheinungen nach E. epid. berichtet *Herrmann* (172) kurz zusammenfassend für den Praktiker, *H. W. Maier* (291) namentlich über Folgeerscheinungen bei Kindern mit der Forderung, eine besondere Anstalt für postenzephalitische Kinder zu bauen, *M. Meyer* (325) über einige Fälle, bei denen es zu kriminellen Handlungen (Eigentumsdelikten, Sittlichkeitsverbrechen) kam. Am ausführlichsten behandelt *Leyser* (277) diese Frage. Er unterscheidet 4 Gruppen: bei den Hyperkinetischen kommt es, wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Fortfall bestimmter Bremsvorrichtungen und bei vielfach gleichzeitig bestehender Bewegungsarmut in bezug auf Ausdrucks-, Einstellungs- und Mitbewegungen, zu einer Steigerung der Reaktivbewegungen, die zuweilen den Charakter des Maschinenmäßigen, Starren, Iterativischen annehmen. Die Änderung der Motorik führt zu einer Beeinflussung der Beweglichkeitsgrade des Gesamtverhaltens, die sich charakterologisch nach der Seite der Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit auswirken kann. Gelegentlich führt der Bewegungsdrang zu Zwangsimpulsen. — Die Scheuen und Dreisten gehen ohne scharfe Grenze in die Gruppe der Agressiven über; bei beiden Gruppen kommt es zu einem affektiven Defektzustand, zu dem bei der letzteren noch psychologische Motive der Selbstwiederherstellung nach erfahrener Ablehnung treten. Als letzte Gruppe trennt *L.* die sexuell Haltlosen ab. Diese Gruppen beruhen auf speziellen hirnpathologischen und psychodynamischen Faktoren, die Verf. im einzelnen bespricht. Es gibt kein fest umrissenes Syndrom der Charakterveränderungen nach E. epid., sondern nur eine Reihe abgestufter Typen mit Übergängen.

John (220) beschreibt einen Fall von E. epid. bei einem 9jähr. Jungen, bei dem sich etwa 2 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung unter stetem Fortschreiten der übrigen Erscheinungen eine rasche Größenzunahme des Genitals, Behaarung der Pubes, Bartanflug, Tieferwerden der Stimme bemerkbar machte. Mit 13

Jahren waren die Testikel fast so groß wie die eines Erwachsenen, die Nebenhoden gut tastbar, der Penis so groß wie bei einem älteren Erwachsenen. Im Ejakulat konnten Spermien nachgewiesen werden. Das Pomum Adami sprang ziemlich stark vor. Es fand sich deutlicher Bartanflug auf der Oberlippe, leichte Behaarung der Beine und der Rückenschultergegend. Der Mons pubis war in femininem Typ stark behaart, ebenso Anal- und Perinealgegend. In den Achselhöhlen büschelförmige Verteilung der Haare. Dabei blieb der Kranke psychisch noch durchaus kindlich.

Scharnke und *Moog* (420) berichten über 12 Fälle von Neuritiden, die sie als rudimentäre Enzephalitiden auffassen. Sie betonen im Gegensatz zu den von *Stern* angeführten Fällen mit vorwiegend spinaler Lokalisation den peripheren Charakter der entzündlichen Läsion.

Bouman, L. (52) nimmt an der Hand von 24 genau beschriebenen Fällen von Encephalitis lethargica drei Formen dieser Krankheit an: 1. Die klassische mit Hervortreten der Hirnstammerscheinungen und Lethargie, wobei auch amyostatische Symptome auftreten können. 2. Die hyperkinetisch-iterative. Hierbei sind auch hysteriforme, dann epileptische, besonders Jacksonsche Formen zu beobachten. 3. Die chronische amyostatische. Diese läßt in ihrer akuten Periode eine etwas günstigere Prognose zu. (Révész.)

Er beschreibt ferner (55) zwei Fälle von Encephalitis periaxialis diffusa mit den klinischen Symptomen und dem histologischen Befund. Die Literatur wird auf das Eingehendste in Betracht gezogen und die daselbst beschriebenen Fälle mit jenen beiden verglichen. Die Krankheit bietet klinisch nichts Einheitliches. Sie überzieht das Gehirn diffus, ihre Natur und Lokalisation kann in vivo nicht festgestellt werden. Epileptische Anfälle sind ein Hauptsymptom. Im weißen Mark des Großhirnes findet man graugelbe Plaques, die denen der Sclerosis polyinsularis ähneln. Die Fibrae arcuatae sind nicht tangiert. Die Noxe scheint durch Blutgefäße in das Gehirn zu dringen. (Révész.)

Omodei-Zorini (347) frägt sich, ob die Überbleibsel der Encephalitis epidemica als Fortsetzung des ursprünglichen Entzündungsprozesses gedeutet werden sollen oder ob sämtliche Spuren der akuten Entzündung verschwinden und nur deren Überreste zurückbleiben. Obwohl beide Möglichkeiten vorkommen, scheint ihm dennoch die letztere die häufigere zu sein. (Révész.)

Roch, M. M. und *Katzenelbogen* (400) behandeln erfolgreich auch chronische Fälle der Encephalitis epidemica mit intrarrachid. Injektionen von unter dem Namen „Soluprotin“ im Handel bekanntem Kasein, empfehlen aber eine möglichst baldige Intervention. Sie halten dieses Mittel nicht für spezifisch und geben zu, daß auch andere in den Rückenmarkkanal eingeführte Kolloidkörper dieselbe Wirkung erzielen. Diese erfolgt so, daß die provozierte aseptische Meningitis die haemato-zephalischen Schranken niederreißt und so es den Antikörpern ermöglicht, bis zu den Entzündungsherden zu gelangen. (Révész.)

Stiefler) (489) empfiehlt für die Behandlung der akuten E. epid. neben Rekonvaleszentenserum *Pregl*sche Jodlösung. Für die chronischen Fälle schlägt

er eine Fiebertherapie mittelst intravenöser Injektionen von *Besredka*-Typhusvakzine vor, bei der er wenigstens bescheidene Erfolge sah.

F. Stern (483) bespricht namentlich die Behandlung der E. epid. mit Rekonvaleszentenserum, das er in Dosen von 50—80 cm, evt. mehrfach wiederholt injiziert. Die Erfolge waren in einzelnen Fällen frappant. Zur Behandlung damit eignen sich nur solche Patienten, die noch entzündliche Veränderungen im Gehirn vermuten lassen. Wenn Rekonvaleszentenserum nicht zur Verfügung steht, wendet er unspezifische Reiztherapie an.

Groß und *Metataxas* (148) behandelten 12 Enzephalitiker mit hohen intravenösen Arsendosen (Natr. kakodyl. in 50% Lös. in Dosen von 1,5—6,0 g); in einigen Fällen wurden Besserungen erzielt.

Buß und *Peltzer* (65) behandelten frische Enzephalitisfälle mit 20—60 g einer ½% Lösung von Trypaflavin, das sie in diesen Dosen täglich intravenös injizierten. Die Erfolge bei den 16 angeführten Fällen sind beachtenswert.

Gurewitsch (157) beschreibt einen Knaben mit ausgesprochener motorischer, extrapyramidal bedingter Störung: Ungeschicktheit, Langsamkeit der Bewegungen, Schwäche der Rückenmuskulatur, pythekoide Haltung, Gangveränderung im Sinne des Überwiegens der Flexionsmechanismen. Daneben bestanden gewisse Abweichungen affektiver Art. Die Erkrankung begann mit Krämpfen, als der Kranke ¼ Jahr alt war. *G.* ist geneigt, den Fall zu den partiellen infantilen Sklerosen des Striatum im Sinne von *Choltz* zu rechnen.

Günther (152) beschreibt drei Fälle mit extrapyramidalen Bewegungsstörungen vom Charakter der Hemichorea bzw. Hemiathetose, die er in ursächlichen Zusammenhang mit starken vaskulären und renalen Schädigungen nebst ihren Folgezuständen bringt.

Curschmann (85) teilt einen Fall mit, der nahezu alle Symptome der *Wilson*schen Krankheit aufwies, sich aber durch seine außerordentlich lange Dauer und seinen äußerst langsamen, schleichenden und gutartigen Verlauf auszeichnet. Vorausgesetzt, daß die Pseudosklerose und die *Wilson*sche Krankheit eine fließende Übergänge aufweisende Kette von Krankheitsbildern bilden, scheint die Annahme erlaubt, daß die gutartige perchronische Form des *Wilson*, die mehr als Motilitätsanomalie denn als Krankheit imponiert, an das eine Ende dieser Kette zu setzen ist, deren anderes Ende, die schweren, akut letalen Fälle von *Wilson* und die rasch verblödenden, epileptischen und in völliger Kontrakturierung zugrunde gehenden Fälle des ursprünglichen *Westphal-Strümpell*schen Typus bilden.

Meggendorfer (319) zeigt an der Hand einer Familie, daß es anscheinend Huntingtonfälle mit und ohne Chorea, mit und ohne Versteifung, mit und ohne psychische Störungen gibt. Er schließt daraus, daß eine Erbanlage an verschiedenen Punkten eines Systems angreifen kann und daß so die verschiedensten, ja sogar entgegengesetzten Erscheinungen auf die gleiche Erbanlage zurückgeführt werden können, ohne daß man einen sog. Transformismus oder andere mehr oder weniger mystische Vorgänge anzunehmen braucht.

Fleischhacker (112) beschreibt einen atypischen Fall von Paralysis agitans.

Es bestanden unwillkürliche Bewegungen der Finger, ein grober statischer Tremor und starkes Zittern. Psychisch fand sich eine Herabsetzung der Merkfähigkeit und Urteilskraft sowie eine Neigung zum Querulieren; auch Beeinträchtigungsideen wurden geäußert. Exitus nach 12jähriger Krankheitsdauer.

Anatomisch fand sich eine allgemeine Schädigung des Gehirns mit vorzugsweiser Beteiligung des Striatums. Hier waren — unter starker Gliawucherung — die großen Ganglienzellen ausgefallen oder schwer erkrankt. Das Pallidum und die Substantia nigra waren fast frei.

Der Fall gehört vielleicht in eine Gruppe afamiliärer, in mittlerem Lebensalter auftretender chronisch-progressiver Erkrankungen vom Pseudosklerosetyp, wie sie von *Maas*, *Bielschowski* und *Bostroem* beschrieben worden sind. (Josephy.)

Pfeiffer (366) sucht an Hand eines einschlägigen Falles nachzuweisen, daß die Differentialdiagnose der Paralyse gegen eine Encephalitis epidemica Schwierigkeiten machen kann. Trotz des für Paralyse „typischen" Rindenbildes hält er seine Beobachtung für eine Enceph. epidem. (*Josephy.*)

Scholz (439). Zwei bis dahin normale Geschwister erkranken im Alter von 11 bzw. 10 Monaten in gleicher Weise, die eine nach hochfieberhafter Erkrankung, die andere nach schwerem Kopftrauma. Die Symptomatologie beider Fälle ist sehr ähnlich: Bewegungen von choreatisch-athetotischem Typus, statische Störungen, Unfähigkeit zu gehen, zu stehen, zu sprechen, Spasmus mobilis. Das Gehirn des einen Falles konnte genau untersucht werden. Es fand sich das typische Bild des von *C.* und *O. Vogt* beschriebenen Status marmoratus im Striatum. Der Markfaserfilz, der sich hierbei bekanntlich im Striatum nachweisen läßt, entsteht durch eine luxuriierende Wucherung regenerierter Fasern in eine Glianarbe hinein; der Stat. marmoratus ist nicht eine Mißbildung, sondern ein Prozeß. Dieser entwickelt sich aus verschiedenen Ursachen im Striatum bei bestimmter hereditärer Veranlagung. *Scholz* schlägt für die Krankheit die Bezeichnung „Infantile partielle Striatumsklerose" vor. (*Josephy.*)

Stief (487) beschreibt Fälle von seniler Demenz mit extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Es haben sich in den Stammganglien reichliche und ausgedehnte pathologische Veränderungen nachweisen lassen als anatomisches Substrat der klinischen Symptome. Histopathologie und Genese des senilen Hirnprozesses werden eingehend besprochen. (*Josephy.*)

Fleischhauer (113) berichtet über enzephalographisch geklärte Fälle, deren einer durch die Sektion als Hirntumor bestätigt wurde. Bezüglich der Indikationsstellung für die Enzephalographie entscheidet er sich dahin, daß sie zu diagnostischen Zwecken angewendet werden müsse, aber auch nur dann angewendet werden dürfe, wenn alle anderen Untersuchungsmittel erschöpft und für die genaue Lokalisation versagt hätten.

Taterka (500) spricht sich gleichfalls für eine vorsichtige Anwendung der Enzephalographie für diagnostische Zwecke aus; besonders wertvoll scheint mir ein Fall zu sein, bei dem zunächst der klinische Befund mit dem Röntgenbefund

nicht in Einklang zu bringen war. Eine Nachuntersuchung nach einiger Zeit zeigte, daß die Röntgenplatte bereits zu einer Zeit, wo klinisch noch nichts darauf hinwies, eine Erkrankung der rechten Hemisphäre erkennen ließ.

Jüngling (226) hat in 39 Fällen die Hirnventrikel mit Sauerstoff gefüllt. Tumoren der hinteren Schädelgrube erzeugen einen doppelseitigen Hydrozephalus; die Seitendiagnose ist möglich, wenn eine Deformation des Unter- oder Seitenhorns vorhanden ist. Tumoren des Hirnstammes, des Kleinhirns und des Kleinhirnbrückenwinkels lassen sich röntgenologisch nicht unterscheiden.

Auch *Knoepfelmacher* (248) verwendet die Enzephalographie bzw. die Ventrikolographie als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel schon im Säuglingsalter. Sie ermöglichte die schärfere Diagnostik bei einer Reihe von Hydrozephaluskranken, die genaue Lokalisation und Ausdehnung bei einem Gehirnabszeß. Auch therapeutisch wurde sie angewandt.

Pötzl (381) beschreibt zwei Fälle von linksseitiger Hemiplegie mit Nichtwahrnehmung der Hemiplegie. In beiden Fällen bestand „linksseitige Hemianästhesie, Körperfremdheit des optischen Bildes der linken Körperhälfte und die Ergänzung des kinästhetischen Körperbildes durch ein Phantom, das samt den Impulsen, die ihm galten, gegen die Mittellinie hin wie nach rechts verdreht erschien. Beide Hemiplegien waren spastisch; im zweiten Fall erschien die Spastizität gleich nach dem Insult und ließ später nach.

Die Autopsie ergab in beiden Fällen u. a. das Zusammentreffen übereinstimmend gelegener Herde im rechten Thalamus und im Scheitellappen der rechten Großhirnhälfte. Die Scheitellappenherde waren übereinstimmend gelegen, in der Gegend des Interparietalstreifens (sensory-visual band von Elliot Smith). Aus diesem Befund wird ein gemeinsamer Mechanismus für beide Fälle abgeleitet".

Herrmann (173) gibt einen Bericht über eine expressive Amusie bei Tumor (infiltrierendes Gliom) des l. Pulvinar thalami mit Zerstörung des linken Corpus geniculatum mediale. Er versucht durch Vergleich mit den bisher bekannten frontalen Fällen von expressiver Amusie die Struktur der hier vorliegenden zentralen Störung genauer zu bestimmen und diesen scheinbar atypischen Befund in die bisher bekannten Verhältnisse einzuordnen.

Kogerer (250) teilt einen Fall mit, in dem 5 Jahre nach der Acquisition einer Lues zuerst leichte Erscheinungen auftraten, denen sich nach weiteren 3 Jahren schwerere zugesellten, unter anderem ein Zustand von Worttaubheit, Melodietaubheit und Gebärdenagnosie ohne nennenswerte Störung der inneren Sprache und bei gutem Gehör. Die Gebärdenagnosie bildete sich bald zurück, die Melodietaubheit blieb unverändert bestehen; zur Worttaubheit traten im weiteren Verlauf Störungen der inneren Sprache und der Artikulation.

Herrmann (170) beschreibt einen Fall mit zerebraler Arteriosklerose, der als Folge eines Schlaganfalles außer Steifhaltung und maskenartigem Gesicht mit Muskelrigidität von striärem Charakter eine Blicklähmung nach links und eigenartige Orientierungsstörungen aufwies: die Körpermediane wurde gewissermaßen in den Raum hinaus projiziert, so daß sie den letzteren in zwei Hälften teilte. Die Störung zeigte sich darin, daß der Hand des Kranken das orientierende

Greifen für die jenseits der Körpermediane gelegene Hälfte des Raumes versagt war. Die Störung wird auf einen doppelseitigen Herd im Gyrus angularis bezogen.

Pötzl (380) berichtet über einen rechtshirnigen, glücklich (von *Elschnig*) operierten Stirnpolabszeß, der eigenartige doppelseitige Jackson-Anfälle und eine halbgekreuzte paradoxe Kontraktion bei passiver Beugung der Hüftgelenke verursachte. Verf. versucht aus dem Vergleich dieses Falles mit einem anderen (zystischer Tumor im rechten Stirnpol) ein Syndrom für den rechten Stirnpol aufzustellen, zu dessen wesentlichen Eigenschaften es gehört, daß Erkrankungen dieses Bezirkes sich zuweilen nur in eigenartigen Störungen der Bewegungsformel des Gehens, nicht aber in Störungen der Statik beim Gehen geltend machen. Aus dem Vergleich der Mechanismen des hier geschilderten frontalen Typus der doppelseitigen Jackson-Anfälle und einer später auftretenden episodischen Gangstörung wird versucht, zu konkreten Anschauungen über die zentralen, an die Eigenleistungen des Stirnhirns gebundenen Mechanismen zu gelangen, die die einzelnen Phasen der Bewegungsformel des Gehens begleiten. Die einzelnen Phasen dieser Stirnhirnleistung schienen, einem Kontrastphänomen vergleichbar, gleichsam die plastische Gestaltung des Gesamtablaufes beim aufrechten Gang herauszumodellieren. Dabei ergaben sich Beziehungen zum Gang der Quadrupeden und zu anderen, an Verhältnisse der Phylogenese erinnernde Mechanismen.

Stenvers (480) sah in 4 Fällen Aufhebung des optischen Nystagmus, und zwar war er in zwei Fällen von zerebraler Hemianopsie nach der hemianoptischen Seite hin aufgehoben; in einem Falle bestand der optische Nystagmus trotz einer Hemianopsie fort. Er sieht im opt. Nystagmus die Folge eines zerebalen Reflexes, dessen Bahn wahrscheinlich zwischen hinterem und vorderem Hirnpol verläuft.

Stenvers (479) beschreibt kurz einen Fall einer Hirnblutung bei Nephritis; unter anderem fehlten die kompensatorischen Augenbewegungen bei Drehungen des Kopfes. Diese sind auch beim Menschen keine passiven Bewegungen sondern Reaktionen, die im Nervensystem ihren zentralen Mechanismus haben.

Wüllenweber (543) schließt aus dem Umstande, daß 4 Fälle von Hirnblutung mit Ventrikeldurchbruch im Epithel der Aderhautgeflechte resorbiertes Hämosiderin zeigten, daß der Plexus Chorioideus aus dem Ventrikelinhalt resorbiert. Alle anderen Fälle von Apoplexien und Erweichungen, die nicht in unmittelbarer Verbindung mit dem Ventrikelraum standen, boten das normale Bild der Plexusepithelien. 18 Fälle von Hydrocephalus internus, auch diejenigen mechanischer Ätiologie, zeigten Veränderungen des Plexus und des Ependyms. Daraus geht hervor, daß zur Erklärung des Zustandekommens des Hydrocephalus internus außer der mechanischen Behinderung des Abflusses noch eine Verminderung der Resorption, letztere wohl zumeist auch mit gesteigerter Produktion verbunden, angenommen werden muß.

Schmalz (433) beschreibt einen Fall von Pubertas praecox bei einem 12-jährigen Knaben. Anatomisch fand sich ein aus nervösem Gewebe bestehender Tumor (Neurofibrom?) am Boden des III. Ventrikels. Als Ursache der Frühreife kommt die Läsion der vegetativen Zentren am Boden des III. Ventrikels in Frage. (*Josephy.*)

Schmincke (434) beschreibt ein diffus wachsendes Gliom des Kleinhirns, das sich subarachnoidal und — was ungewöhnlich ist — auch subpial ausgebreitet hat. Er leitet die Geschwulst von einer nicht völlig rückgebildeten superfiziellen Körnerschicht des Kleinhirns ab und erklärt aus dieser Genese das ungewöhnliche Wachstum. (*Josephy.*)

Heidema (166 a) beobachtete ein im Jahre 1882 geborenes Mädchen, das 1914 an einer Geschwulst der Schädelbasis litt. Erst Radiumbestrahlung ohne Erfolg, dann Röntgenbehandlung mit praktischer Heilung. Bis 1922 fühlte sie sich noch ganz wohl, so daß nur von einer gutartigen Geschwulst die Rede sein konnte. Im Juli Conchotomia media infolge eines Nasenübels, nachher Meningitis purulenta. Tod erst in zwei Monaten. Die Geschwulst im Jahre 1914 war vermutlich aus der Concha media ausgegangen, aber durch Röntgenbestrahlung, verkleinert worden. Genaue Beschreibung der ähnlichen Fälle in der Literatur ferner Betrachtung über den pathol.-anat. Befund mit schönen Mikrophotographien. (*Révész.*)

Trétiakoff und *Pacheco e Silva* (507 b) besprechen die Zystizerkose des Gehirnes, die in Brasilien ziemlich häufig ist und in der Anstalt *Juquery* 4% aller Todesfälle verursacht. (*Révész.*)

Marinesco und *Draganesco* (305) beschreiben an der Hand eines klinisch und autoptisch beobachteten Falles eine epidermoide Zyste des Rückenmarkes, bei der auch zwei makroskopisch sichtbare syringomyelitische Höhlen vorhanden waren, und betrachten diesen Fall als Stütze der Hypothese, die die Entstehung der Syringomyelie auf kongenitalen Ursprung zurückführt. (*Révész.*)

Ehrenberg (97) studiert in einer äußerst fleißigen größeren Arbeit mit Beachtung der Literatur und an der Hand einer größeren Kasuistik Pathologie, Symptomatologie und Therapie der sog. spontanen Subarachnoidal-Blutung und sucht sie gegen ähnliche Erkrankungen abzugrenzen. (*Révész.*)

Reichmann (392) nimmt auf Grund der Literatur und zweier selbst beobachteter Fälle von Pachymeningitis haemorrhagica interna an, daß die histologisch einheitliche Krankheit ätiologisch in zwei zerfällt, in eine P. h. i. des Säuglingsalters, bei der Infektionen im Quellgebiet des Sinus cavernosus, besonders diphterische Entzündungen der Nase bedeutungsvoll sind, und eine P. h. i. der Erwachsenen. Die letztere ist eine mehr sekundäre, akzidentelle Krankheit. Das Trauma kommt ätiologisch bei beiden Formen nicht in Frage. Die klinischen Erscheinungen der P. h. i. des Erwachsenen zerfallen in Reizerscheinungen und in Hirndruckerscheinungen. Sie führen wohl zu Ort und Seite nicht selten wechselnden Paresen, niemals aber zu dauernden Lähmungen und Reflexstörungen. Augenhintergrundsblutungen sind beim Erwachsenen selten; dagegen ist der Liquor cerebrospinalis beim Erwachsenen meist blutig, bei Kindern nicht. Durch die Enzephalographie wird die Diagnose frischer Fälle wesentlich erleichtert. Bei allen subduralen Blutungen ist eine ausgiebige Liquorentnahme, zweckmäßig unter Ersatz durch Luft, zu empfehlen.

Matzdorff (311) teilt mehrere Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems mit, auf Grund deren er meint, das Trauma schaffe einen Locus minoris

resistentiae und bereite einer gleichzeitig bestehenden oder kurz darauf eintretenden Intoxikation oder Infektion den Boden. Erst die Verletzung mache aus der Infektion eine Krankheit. Bei schwerer Verletzung des nervösen Zentralorgans kann auch nach klinischer Heilung für Jahre ein derartiger Locus m. resist. bestehen bleiben.

Bostroem (49) teilt einen interessanten Fall von optischen Trugwahrnehmungen mit, die 7 Jahre nach einer im Felde erlittenen Hinterhauptsverletzung auftraten. Die Sinnestäuschungen selbst stellten zusammenhängende, bedeutungserfüllte Szenen und zwar Ausschnitte aus früheren Erlebnissen des Kranken dar. Der Umstand, daß die Sinnestäuschungen erst 7 Jahre nach der Verletzung auftraten, ferner das anfallsartige Auftreten in ziemlich langen Intervallen (1—2 mal im Monat), schließlich unabhängig davon etwa in gleichen Intervallen auftretende epileptische Anfälle weisen auf zwei Bedingungen der Erscheinungen hin: 1. auf eine offenbar durch die Verletzung im Lauf der Jahre entstehende Bereitschaft zu epileptiformen Reaktionen und 2. auf die Schädigung der optischen Sinnessphäre.

Kutzinski (262) beschreibt einen Fall, in welchem kurze Zeit nach einer rechtsseitigen Stirnhirnverletzung epileptische Anfälle auftraten. Zugleich entwickelte sich eine mehrere Monate dauernde Psychose mit religiösen Wahnideen, bald ängstlicher, bald ekstatischer Affektlage, Andeutung von Ideenflucht. Ob echte Sinnestäuschungen bestanden, blieb zweifelhaft. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen blieben noch Monate lang eine religiöse Grundstimmung, hypochondrische Befürchtungen und Unzulänglichkeit bestehen. Später bestand volle Krankheitseinsicht. Seelisch veränderte sich der Kranke allmählich nach der stillen, zurückhaltenden Seite hin. Im Anschluß an die Symptomatologie werden diagnostische Erwägungen angestellt und die Frage gestellt, wie es kommt, daß im vorliegenden Falle keine eigentliche epileptische Charakterveränderung sich bemerkbar machte.

Tilmann (505) gibt eine Übersicht über die Indikationen für operative Eingriffe bei Erkrankungen des Gehirns, wobei er namentlich auch auf diagnostische Irrtümer eingeht. Die größte Rolle spielen für den Chirurgen die frischen Hirnverletzungen, zu denen auch die Commotio, Contusio und Compressio zu rechnen sind; daneben die Tumoren des Gehirns und seiner Häute. Auch manche Fälle von traumatischer Epilespie sind operativen Eingriffen zugänglich; dabei ist nach dem Verf. die etwaige Lösung von Verwachsungen oft weniger bedeutungsvoll für den Erfolg als die Entfernung reizender Fremdkörper, z.B. von Geschoßteilen oder von Blutungsresten in den Subarachnoidealraum, die noch nach Jahren epileptische Anfälle hervorrufen können.

Moser (332) untersuchte die psychischen Störungen bei der multiplen Sklerose von 63 Fällen, weil exogene Krankheitsbilder gerade bei dem Bestreben, der Ätiologie und Pathogenese psychischer Störungen auf dem Wege der konstitutionellen Betrachtungsweise näherzukommen, von besonderem Interesse erscheinen. Die psychischen Störungen der multiplen Sklerose haben vorwiegend organischen Charakter und finden zwanglos in der organischen Grundlage des Krankheits-

prozesses ihre Erklärung. Für m. Skl. charakteristische psychotische Erscheinungen gibt es nicht.

Nach *Greuel* (146) ist das Tetrophan zur Behandlung der multiplen Sklerose, auch nur als symptomatisches Mittel, unbrauchbar. Bereits in einer Dosierung von 3 × 0,5 g stellten sich unangenehme Nebenerscheinungen in Gestalt von Bewegungsstörungen krampfhafter Natur ein.

Sievert (456) berichtet über die Erfahrungen, die er mit Antimonpräparaten bei multipler Sklerose erzielte. 11 Fälle behandelte er mit Stibenyl, einem etwa 33% Antimon enthaltenden Präparat der Firma Heyden, einen 12. Fall mit v. Heyden 661, das Antimon in 3 wertiger Form gegenüber der 5 wertigen des Stibenyls enthält. Die Krankengeschichten werden in extenso wiedergegeben. Die Resultate waren ermutigend, namentlich wenn die Stibenyldosis anfänglich klein genommen wurde (0,02—0,05) und nicht höher als 0,2 pro dosi ging. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Groß (149) berichtet über 42 mit Malaria behandelte Fälle von multipler Sklerose; in 9 Fällen davon war die Malariabehandlung mit einer Typhus-Vaccinebehandlung kombiniert; fast in allen Fällen wurde mit Neosalvarsan nachbehandelt. Gewisse Wirkungen wurden erzielt (26,2 % gute Besserungen, bei den chronisch-progredienten Fällen nur 16,7 %); doch waren die Erfolge mit Vaccine, insbesondere mit Typhusvaccine allein besser.

Marinesco (304) bedient sich der Untersuchungsmethoden von *Cajal* und *Bielschowsky* für die Neurofibrillen, derjenigen von *Cajal*, *Lhermitte* und *Merzbacher*, ferner der Methode Nr. VI von *Alzheimer* für die Neuroglia. Er zählt die von ihm gefundenen Alternationen der Blutgefäße des Zentralnervensystems auf, ferner die sehr variablen Veränderungen der Zylinderaxis, endlich die durch die *Alzheimer*sche, nicht aber durch andere Methoden sichtbare Läsion der Neuroglia. Schlußfolgerungen: 1. Die Sklerosis multiplex ist keine endogene Läsion, sondern ein Prozeß exogenen Ursprunges. 2. Die Übertragung des pathogenen Faktors auf Kaninchen, Meerschweinchen und Affen beweist die Herkunft der Krankheit von einem Virus. 3. Die Krankheit ist eine Spirillose, da man eine von der der Lues verschiedene Spirochäte gefunden hat, über deren Charakter die Autoren allerdings noch verschiedener Meinung sind. (*Révész.*)

Weimann (524) fand in einem Fall von perniziöser Anämie neben der typischen Rückenmarkserkrankung im Hemisphärenmark verstreute Herde, die in ihrer Struktur ganz denen des Rückenmarks entsprechen. Außer solchen seltenen zirkumskripten Veränderungen kommen bei perniziöser Anämie diffuse Hirnschädigungen vor, die zu erheblichen Zellausfällen in der Rinde führen können. (*Josephy.*)

Jacobi (205) konnte nach einer von *Magnus* angegebenen Methode das Saftspaltensystem der Dura durch Wasserstoffsuperoxyd darstellen. Er fand in der Dura Lymphspaltensysteme, die in mehreren Schichten verlaufen und aus denen die Lymphkapillaren entspringen. (*Josephy.*)

Spaar (465) beschreibt das Gehirn eines an akuter gelber Leberatrophie ge-

storbenen Schizophrenen. Es fanden sich neben den bekannten schweren Parenchymschädigungen zahlreiche Ringblutungen. (*Josephy.*)

Oseki (349) hat sich der mühsamen Arbeit unterzogen, an einigen senilen Gehirnen die Ausbreitung des Prozesses über die Rinde genau nach Arealen festzulegen. Meist ist der Frontallappen am stärksten betroffen und die Veränderungen klingen okzipitalwärts ab. Es kommen aber auch andere Verteilungsweisen vor. (*Josephy.*)

Minkowski (327) bringt als Fortsetzung zu seiner 1917 mitgeteilten „Studie über die Physiologie der *Rolando*schen und parietalen Hirnwindungen" eine mit vielen Photographien und Schemata bereicherte Studie über die Zusammenhänge der Hirnwindungen. Die Versuche wurden ganz systematisch an den verschiedensten Hirnteilen von Affen angestellt und die konsekutiven motorischen und sensiblen Läsionen sowie die autoptischen Veränderungen beschrieben. Auch nur im Auszuge können die Ergebnisse dieser überaus emsigen und zur Grundlage vieler ähnlicher Arbeiten der Zukunft dienenden Studie nicht mitgeteilt werden. Die wichtigsten Schlußfolgerungen sind: Der Neokortex zeigt eine gleichmäßige Konstruktion mit Bezug auf die Hodologie (d. h. die anatom. Verbindungen mit extra- und intrazentralen Funktionen). Kein Teil des Neokortex bleibt ohne kortikofugale und kortikopetale Projektionsfasern. Sehr reich an hodologischen Verbindungen sind die Regio praerolandica, postrolandica, frontalis, parietalis. Die Regio parieto-occipitalis ist ärmer. Die Regio calcarina ist sehr reich an kortikopetalen Fasern, hingegen sind ihre kortikofugalen Fasern unbedeutend. — Rationelle Hinweise auf die Zusammenhänge dieser Befunde mit klinisch-pathologischen Tatsachen beschließen diese hochwichtige Studie. (*Révész.*)

Siniscalchi (461) untersucht experimentell die basophil-metachromatischen Abbauprodukte des Gehirnes bei verschiedenen Geisteskrankheiten, findet aber 1. daß jene auch in der experimentellen Ischämie des Lumbalrückenmarkes der Kaninchen vorhanden sind, 2. daß jene Abbauprodukte im Zentrum semiovale von Kranken zu finden sind, die an einem der Paralysis progr. ähnlichen Prozeß gestorben waren und 3. daß sie von der Zerstörung der Myelinscheiden herrühren. (*Révész.*)

Trétiakoff (507 a) studiert die im Corpus striatum und in der Hirnrinde zerstreuten Fetthäufchen, die er „zyto-lipoide Plaques" benennt. Er fand sie im chron. halluzin. Delirium, im Alkoholismus und in der senilen Demenz, vermißte sie jedoch bei Paralyse, infantiler Meningo-Enzephalopathie, akuter tuberk. Meningitis, manisch-depress. Irresein und der einfachen Melancholie, ferner bei Epilepsie, Hysterie und Arteriosklerose. Der Befund war nicht konstant in der Dem. praecox. Diese Plaques scheinen ihm eine wichtige Rolle in der Verteidigung der Gewebe gegen toxische Einflüsse zu spielen, sei es durch humorale Faktoren, sei es durch Permeabilität der Zellen. (*Révész.*)

Rezza (393) beschreibt in einer besonders emsigen Arbeit das Mesenchym vom histologischen und physiologischen Standpunkt. (*Révész.*)

Matzdorff (310). Bei einem 64 jährigen Mann mit linksseitiger Hemiparese und Zwangsweinen fanden sich ausgedehnte Entmarkungsherde im Hemisphären-

mark, besonders rechts, mit Übergreifen auf die rechten Stammganglien. Histologisch war eine diffuse Glioblastose nachzuweisen. (*Josephy.*)

Braun (57). Ein 35 jähriger Arbeiter erkrankt nach starker körperlicher Anstrengung mit schubweise fortschreitenden Zeichen einer Strangerkrankung des R. M's. und zeitweise auftretenden ängstlichen Erregungs- und Verwirrtheitszuständen. Exitus nach 17 Monaten. Es findet sich im Rückenmark ein degenerativer, gefäßabhängiger Prozeß ungefähr im Bereich der Pyramidenvorderstränge, der Kleinhirn- und Pyramidenseitenstränge und der Hinterstränge. Im Gehirn finden sich im Hemisphärenmark zahlreiche Herde von gleicher Beschaffenheit, die der akuten multiplen Sklerose nahestehen. Ätiologisch kommt wahrscheinlich ein vom Gefäßsystem herangeführtes Toxin (endogen? exogen? infektiös?) in Frage. (*Josephy.*)

Hallervorden (162) fand in einem Fall im Globus pallidus melaninhaltige Nervenzellen, die völlig denen der Substantia nigra gleichen. Er betrachtet das als einen Hinweis darauf, daß das Pallidum zum Dienzephalon gehört. (*Josephy.*)

Flater (111) weist darauf hin, daß bei endokarditischen Prozessen sehr häufig das Gehirn betroffen wird. Es kann zur Bildung von Aneurysmen mit Blutungen und auch zu perivaskulären Infiltraten besonders um die Präkapillaren kommen. (*Josephy.*)

Von *Hochstetters* (189) Beiträgen zur Entwicklung des menschlichen Gehirns ist ein weiterer Band erschienen, der sich mit der Entwicklung der Hypophyse beschäftigt. Das Buch bringt unter Beifügung zahlreicher Abbildungen eine sehr ins einzelne gehende Beschreibung der morphologischen Vorgänge bei der Hypophysenentwicklung. Ein Eingehen im Rahmen eines Referates ist nicht möglich. (*Josephy.*)

Die *Spielmeyer*sche Technik (471) ist nach 10 jähriger Pause in neuer Auflage erschienen.

Das Buch bringt auf 160 Seiten nicht nur alle Methoden, die für das Fixieren, Einbetten, Schneiden und Färben des Nervensystems wichtig sind, sondern es bringt auch in zwei Kapiteln theoretische Einleitungen über die Prinzipien der Färbung und Wege und Ziele der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems und bringt so eigentlich weit mehr, als sonst eine Technik zu enthalten pflegt. Daß für den, der praktisch im Laboratorium arbeitet, die *Spielmeyer*sche Technik unentbehrlich ist, braucht nicht erst gesagt zu werden. Aber darüber hinaus wird jeder, der überhaupt histopathologischen Fragen einiges Interesse entgegenbringt, Nutzen von der Durchsicht des Buches haben.

Erwähnt mag noch werden, daß außer den alten bewährten Methoden auch die neueren, wie z. B. die *Hortega*sche zur Darstellung der Glia und die *Biondi*sche zur Imprägnation des Bindegewebes, gebracht werden. (*Josephy.*)

---

7. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Schütte-Langenhagen.

1. *Adler*, *A.*, Beiträge zur Psychiatrie und Neurologie. Psych.-neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 35—36, S. 183. (S. 190*.)
2. *Anselmino*, *O.*, Das Opiumgesetz und seine Ausführungsbestimmungen. Berlin, J. Springer. 55 S. 2,40 M.
3. *Benon*, *R.*, L'alcoolisme cérébral. Paris, Gaston Doin. 374 S. 25,—frs.
4. *Beringer*, *K.*, Über erleichterte Morphiumentziehung durch gleichzeitige parenterale Eiweißgaben. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, H. 3/5, S. 467. (S. 192*.)
5. *Bibanescu*, *V.*, et *Corciovei*, *V.*, Über die Behandlung der akuten Morphiumvergiftung. (Rumän.) Spitalul Nr. 12, S. 439.
6. *Bluhm*, *A.*, Einige Bemerkungen zu Scharffenbergs Kritik der Gyllenswärdschen Experimente. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholismus S. 159.
7. *Bogusat*, Das Alkoholverbot in den Vereinigten Staaten von Amerika und seine Folgen. Berlin, C. A. Schwetschke u. Sohn. 31 S. 0,80 M. (S. 188*.)
8. *Bombach*, *C.*, Beitrag zur Alkoholstatistik und Alkoholgesetzgebung in Deutschland. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 254. (S. 187*.)
9. *zum Busch*, *J. P.*, Ablehnung des Gesetzentwurfs zum Verbot des Alkohols in England. Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 247.
10. *Chiari*, Epileptische Anfälle bei Bleivergiftung. Wien. klin. Wschr. Nr. 16, S. 405.
11. *David*, *E.*, Über Morphinismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 4/5, S. 613. (S. 191*.)
12. *Doane*, *C.*, Tetanus as a complication in drug inebrity. Journ. of the americ. med. assoc. Bd. 82, Nr. 14, S. 1105.
13. *Dupouy*, *R.*, Traitement de la morphinomanie. Bull. méd. Nr. 44, S. 1193.
14. *Fauser* u. *Ottenstein*, *B.*, Chemisches und Physikalisch-Chemisches zum Problem der „Suchten" und „Entziehungserscheinungen", insbesondere des Morphinismus und Cocainismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 1/3. S. 128. (S. 191*.)
15. *Frensdorf*, Eukodalismus. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 751.
16. *Gerty*, *F. J.*, Clinical effects of so-called moonshine liquors. Americ. journ. of public health Bd. 14, Nr. 7, S. 603.
17. *Gonser*, *J.*. Was bedeutet die Alkoholfrage für das deutsche Volk in Gegenwart und Zukunft. Ztschr. f. Krüppelfürs. S. 54. (S. 186*.)
18. *Gralka*, *R.*, Akute Massenvergiftung mit Bromnatrium, endemisch aufgetretene nichtinfektiöse Schlafsucht. Klin. Wschr. Nr. 8, S. 319 (S. 194*.)

19. *Haupt*, *J.*, Der Wert des Heilstätten-Lebens. Die Alkoholfrage. Jg. 20 H. 1. (S. 190*.)
20. *Derselbe*, Die Verwendbarkeit der hypnotisch-suggestiven Behandlung bei Alkoholismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3/4, S. 279. (S. 190*.)
21. *Derselbe*, Elektive Abstinenz. Die Alkoholfrage. H. 5. (S. 189*.)
22. *Derselbe*, Ursachen der Trunksucht und Trinkerbehandlung. Ber. über d. Jahresv. d. Dtsch. Ver. geg. d. Alkohol. 22.—24. 9. 24. (S. 190*.)
23. *Hercod*, *A.*, Die Prohibition in den Vereinigten Staaten. Lausanne, Alkoholgeg.-Vg. 53 S., 80 Cts. (S. 188*.)
24. *Herschmann*, *H.*, Über paralyseähnliche Zustandsbilder nach Intoxikation durch Veronal und chemisch verwandte Schlafmittel. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 623. (S. 194*.)
25. *Hiller*, *Fr.*. Über die krankhaften Veränderungen im Zentralnervensystem nach Kohlenoxydvergiftung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, S. 594. (S. 194*.)
26. *Hofstätter*, *R.*, Die rauchende Frau. Eine klinische, psychologische und soziale Studie. Wien-Leipzig, Hölder-Pichler-Tempsky A. G. 266 S. 6,20 M. (S. 196*.)
27. *Holitscher*, Im Verbotsstaate Finnland. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoh. Nr. 2, S. 68. (S. 189*.)
28. *Hollander*, Alcool et cocaîne. Parallèle criminologique. Journ. de neurol. et de psychiat. Nr. psychiat. 4, S. 64.
29. *Hollingworth*, *H. L.*, The influence of alcohol (Pt. II). Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. 18, Nr. 3, S. 204 u. Nr. 4, S. 311.
30. v. *Hösslin*, *R.*, Über die Behandlung des Morphinismus. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1567.
31. *Hoyer*, *E.*, Die ältesten Prohibitionsgesetze in Mitteleuropa. Internat. Ztschr. geg. d. Alkohol. S. 146.
32. *Hull*, *C. L.*, The influence of tobacco smoking of mental and motor efficiency. Psychol. monogr. Bd. 33, Nr. 3, S. 1.
33. *Hunter*, *F. T.*, and *Mudd*, *S. G.*, Carbon dioxide treatment in acute alcoholic intoxication. Preliminary report. Boston med. a. surg. journ. Bd. 190, Nr. 23, S. 971.
34. *Insabato*, *L.*, L'alcoolismo come causa di degenerazione epatonevroglica. Arch. gen. di neurol., psichiat. e psicoanal. Bd. 4/5, H. 1/2, S. 14.
35. *Joël* u. *Fränkel*, Der Kokainismus, ein Beitrag zur Geschichte und Psychopathologie der Rauschgifte. Berlin, J. Springer, 111 S. 4,20 M (S. 193*.)
36. *John*, *K.*, Zur Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus. Klin. Wschr. Nr. 52, S. 2395. (S. 190*.)
37. *Juliusburger*, *O.*, Zum Entwurf eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches. Bemerkungen zu den dort vorgeschlagenen Maßregeln der

Besserung und Sicherung. Vierteljschr. d. Bundes deutsch. Ärztinnen H. 4, S. 82.
38. *Kanowitz, S.*, Alkoholstatistik und Alkoholgesetzgebung in Deutschland. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 2, S. 183.
39. *Kauffmann, A.*, Der Kokainismus und Morphinismus in der Kriegs- und Nachkriegszeit vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5/6, S. 391.
40. *Klein, O.*, Zur Kasuistik der Kohlenoxydtoxikose. Ztbl. f. inn. Med. Nr. 25, S. 489.
41. *Koller, A.*, Das Krankenmaterial der New Yorker Irrenanstalten mit besonderer Berücksichtigung der Alkoholikeraufnahmen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, H. 3/5, S. 437. (S. 188*.)
42. *Derselbe*, Die Ergebnisse der amerikanischen Mortalitätsstatistik und das Alkoholverbot. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholism. Nr. 6, S. 305. (S. 187*.)
43. *Derselbe*, Die Stellung des Arztes zu den Genußgiften. Schweiz. med. Wschr. Nr. 36, S. 820. (S. 188*.)
44. *Derselbe*, Konsumgenossenschaften und Alkoholhandel. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholism. Nr. 2, S. 91. (S. 186*.)
45. *Kroon, H. M.*, Die Erblichkeit der Trunksucht in der Familie X. (Holl.) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 68, 1. Hälfte, Nr. 17, S. 1855.
46. *Kure* u. a., Kleinhirn und Alkoholvergiftung. Ztschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 38, H. 4—6, S. 326.
47. *Legewie, B.*, Delirium bei Morphinismus zugleich ein Beitrag zur Frage der Morphingewöhnung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 4/5 S. 558. (S. 192*.)
48. *Lenz, G.*, Anatomische Untersuchung eines Falles von Botulismus mit Ophthalmoplegie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 1/2, S. 221. (S. 195*.)
49. *Lewin, L.*, Phantastica; die betäubenden und erregenden Genußmittel. Berlin, Georg Stilke. 374 S. 16 M.
50. *Ley, R.*, Traitement des alcooliques par l'internement d'office. Journ. de neurol. et de psychiat., Nr. psychiat. 4, S. 61.
51. *Lundsgard, K. K. K.*, Hemeralopie und andere Augenkomplikationen bei chronischen Alkoholikern. (Dän.) Hospitalstidende Nr. 27, S. 417, und acta ophthalm. Bd. 2, H. 2, S. 112. (Engl.).
52. *Meixner*, Linsenkernveränderungen bei Kohlenoxydvergiftung. Beiträge z. gerichtl. Med. Bd. 6.
53. *Meyer, E.*, Über Morphinismus, Kokainismus und den Mißbrauch anderer Narkotika. Med. klin. Nr. 13, S. 403. (S. 191.)
54. *Meyer, M.*, Über Eukodalismus. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 133. (S. 194*.)
55. *Mignard, M.*, Psychologie et psychothérapie des toxicomanes. Bull. méd. Nr. 44, S. 1190.

56. *Mignot*, *R.*, L'alcoolomanie. Bull. méd. Nr. 44, S. 1188.
57. *Mohr*, Zur Psychopathologie der Süchte. Versammlber. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 37, H. 5/6, S. 336.
58. *Mutschlechner*, *A.*, Schwefelkohlenstofftabes (Taboparalyse). Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 210.
59. *Odermatt*, *J.*, Die schweizerische Statistik der Sterbefälle mit Alkoholismus. Alkoholfrage H. 2/3, S. 41.
60. *Derselbe*, Schweizerisches Taschenbuch für Alkoholgegner. Lausanne, Alkoholgegner-Verl. 195 S. 2,40 frs. (S. 187*.)
61. *Oort*, *A. H.*, Über den Einfluß kleiner Alkoholmengen auf einige geistige Funktionen. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholism. Nr. 2, S. 62. (S. 185*.)
62. *Oppler*, *W.*, Die Bewegung der alkoholischen Erkrankungen in Breslau nach dem Kriege. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 1/2, S. 97. (S. 186*.)
63. *Ottenstein*, *B.*, Tierexperimentelle Untersuchungen zum Problem der Suchten und Entziehungserscheinungen, insbesondere des Morphinismus. Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. 100, H. 5/6, S. 349. (S. 190*.)
64. *Pappritz*, *A.*, Alkohol und Prostitution. Internat. Ztschr. gegen d. Alkoholism. Nr. 1, S. 14.
65. *Park*, *St.*, The treatment of inebriety and drug habits. Lancet Bd. 207, Nr. 10, S. 491.
66. *Pearl*, *R.*, Alcohol and life duration. Brit. med. journ. Nr. 3309, S. 948.
67. *Pierce*, *B.*, An adress on mental states in alcoholism. Lancet Bd. 206, Nr. 17, S. 841.
68. *Pinéas*, *H.* Klinischer und anatomischer Befund eines Falles von CO-Vergiftung. (Ein Beitrag zur Frage der psychomotorischen Apraxie und verwandter Bewegungsstörungen.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 93, H. 1/2, S. 36. (S. 195*.)
69. *Révész*, *B.*, Paralyse, Lues und Alkohol. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 92, H. 3—4, S. 267. (S. 195*.)
70. *Ribón*, *D. V.*, Das Yagé. El siglo medico Bd. 71, Nr. 3677.
71. *Rittershaus*, *E.*, Ein Fall von pathologischer Kokainvergiftung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5/6, S. 416. (S. 193*.)
72. *Roncati*, *C.*, Alterazioni istologiche del sistema nervoso centrale nelle intossicazioni sperimentali per cocaina e morfina. Note e riv. di psichiat. Bd. 12, Nr. 3, S. 357.
73. *Roubinovitsch*, *J.*, Notions générales sur la toxicomanie. Bull. méd. Nr. 44, S. 1187.
74. *Runge*, *W.*, Augenbewegungsstörungen beim Alkoholrausch. Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 298. (S. 186*.)
75. *Schaltenbrand*, *G.*, Über die Bewegungsstörungen bei akuter Bulbo-

capninvergiftung. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 103, H. 1/2, S. 1.

76. *Scharffenberg, J.*, Curt Gyllenswärd: „Contribution à la question de l'hérédité de l'action de l'alcool". Compte-rendu et critique. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholismus Nr. 2, S. 49. (S. 185*.)
77. *Schlup, H.*, Contribution à l'histoire de la lutte contre l'alcoolisme en Suisse. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholism. Nr. 2, S. 73. (S. 189*)
78. *Derselbe*, Un document historique: Baird, „Histoire des Sociétés de Temperance des Etats-Unis d'Amerique". Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholism. Nr. 6, S. 331.
79. *Schmitz, H.*, Erfahrungen bei der Behandlung Morphiumkranker. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 551. (S. 192*.)
80. *Schröder, P.*, Chronische Toxikosen. Spezielle Pathol. u. Therapie inn. Krankh. herausgeg. v. Kraus u. Brugsch. Bd. X. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. S. 499—537. (S. 185*.)
81. *Simon, E.*, Ärztliche Verordnung von Whisky und Alkohol, Alkoholverbot. (Brief aus St. Louis.) Deutsche med. Wschr. Nr. 23, S. 769.
82. *Derselbe*, Das Alkoholverbot in Amerika. (Brief aus St. Louis.) Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 248.
83. *Sollier, P.*, et *Morat, D.*, De la guérison de maladies associées à la morphinomanie par la désintoxication rapide. Presse méd. Nr. 96, S. 948.
84. *Stockard, Ch. R.*, Alcohol a factor in eliminating racial degeneracy. Americ. journ. of the med. sciences Bd. 167, Nr. 4, S. 469.
85. *Sullivan, W. C.*, The relation of alcoholism to insanity and to crime. Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 17, Nr. 11 sect. of psychiat., S. 37.
86. *Tardieu, A.*, Intoxication aiguë par les uréides. Veronalisme aigu. Rev. de méd. Nr. 7, S. 393.
87. *Tigerstedt* u. a., Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Alkohols in schwacher Konzentration. Pflügers Arch. Bd. 205, H. 1—2, S. 171.
88. *Tuttle, W. W.*, The effect of alcohol on the patellar tendon reflex. Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 23, Nr. 3, S. 163.
89. *Unger*, Roentgenbild des Oberarms eines Morphinisten. Berlin, Gesellsch. f. Chir. 12. 5. 1924; Bericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 24, S. 823.
90. *Valenti, A.*, Nuove ricerche sul morfinismo cronico: L'azione del siero di sangue di cani normali, morfinisti e astinenti sui vasi sanguigni. Arch. di scienze biol. Bd. 6, Nr. 1/2, S. 94.
91. *Vervaeck, M.*, La privation d'alcool prédispose-t-elle aux autres toxicomanies? Inform. des alién. et des neurol. Nr. 7, S. 174.
92. *Westergaard, H.*, On the influence of alcoholism on health. Internat. Ztschr. geg. d. Alkoholism. Nr. 1, S. 1.
93. *Wholey, C. C.*, The mental and nervous side of addiction to narcotic

drugs. A neuropsychiatric problem. Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 83, Nr. 5, S. 321.
94. *Willems*, L'amblyopie toxique nicotino-alcoolique. Arch. méd. belges Nr. 8, S. 671.
95. *Wuth, O.*, Über Morphinismus. II. Bemerkungen zur Therapie. Münch. med. Wschr. Nr. 27, S. 893. (S. 193*.)

a) Alkoholismus.

P. Schröter (80). Er weist in der Einleitung seiner Beschreibung der chronischen Toxikosen darauf hin, daß die schweren, vorwiegend psychotischen Zustände nach fortgesetztem Mißbrauch von Medikamenten etwas ganz anderes sind als die akuten Intoxikationserscheinungen, sie sind indirekt erzeugte Störungen, die bei den verschiedenen Giften weitgehende Übereinstimmung zeigen. Auch Stoffe, deren akute Vergiftungserscheinungen vorzugsweise an anderen Orten wie das Gehirn lokalisiert sind, wie Blei und Ergotin, erzeugen nach chronischer Einführung geradeso Delirien, epileptische Anfälle und das Korsakowsche Syndrom wie der Alkohol. Die durch den Alkohol hervorgerufenen Störungen teilt Verf. in zwei Gruppen, einmal die vorübergehenden krankhaften Erscheinungen, die sich im Anschluß an die Aufnahme einer Dosis Alkohol einstellen. Für diese spielt das Trinken nur die Rolle eines auslösenden oder verschlimmernden Momentes. Zweitens kommt ein einheitlicher Komplex schwerer Erscheinungen nach lange fortgesetztem chronischem Alkoholmißbrauch vor. Abstinenzsymptome spielen beim Alkoholmißbrauch keine Rolle, nur in späteren Stadien trifft dies in geringer Weise zu, doch wird allgemein die sofortige Absetzung des Alkohols ohne Schaden ertragen. Es folgt dann eine Besprechung der Trinksitten, der sozialen Bedeutung des Alkoholismus, der verschiedenen Trinkertypen, der Dipsomanen und der pathologischen Räusche. In die zweite Gruppe gehören die Abstinenzdelirien chronischer Trinker, das Delirium tremens, die Polioencephalitis haemorrhagica sup. acuta, die Korsakowsche Psychose, die Alkoholpolyneuritiden, akute Halluzinose der Trinker und chronisch-paranoische Alkoholpsychosen. Weiterhin werden Äther, Chloroform, Tabak, Morphium, Cocain, Opium und Schlafmittel in ihren Wirkungen besprochen. Verf. ist, abgesehen von kachektischen oder körperlich leidenden Kranken durchaus für die plötzliche Entziehung des Morphiums. Die Darstellung des gesamten Gebietes der chronischen Toxikosen ist außerordentlich übersichtlich, klar und erschöpfend.

Scharffenberg (76) bespricht die Versuche Gyllenswärds, der weiße Mäuse Alkoholdämpfen ausgesetzt und gefunden hat, daß eine über die Hälfte des Lebens fortgesetzte fast tägliche schwere Alkoholvergiftung der Männchen keinen merklichen Nachteil für die Nachkommen zur Folge hatte. Die Nachkommen alkoholisierter Weibchen dagegen starben häufiger, wurden auch von der Mutter sehr vernachlässigt. Nach *Scharffenberg* ist der schädliche Einfluß des elterlichen Alkoholismus auf die Nachkommen vermutlich nur vorübergehend, eine Vererbung im engeren Sinne nicht wahrscheinlich.

Nach Versuchen, die *Oort* (61) an 10 Herren und 7 Damen anstellte, blieben die geistigen Leistungen nach Genuß geringer Mengen von Alkohol deutlich hinter

den sonstigen Leistungen zurück. Eine anregende Wirkung selbst geringer Alkoholgaben konnte in keiner Weise festgestellt werden.

Bei 40 im Alkoholrausch in die Klinik eingelieferten Fällen konnte *Runge* (74) stets einen Nystagmus feststellen. Bei leichteren Räuschen waren es mehr nystagmusartige Zuckungen, bei schwereren aber sehr starker Nystagmus beim Blick nach der Seite und nach oben, häufig verbunden mit einer konjugierten Blickparese. Auch bei Kaninchen ließ sich nach Zuführung von Äthylalkohol stets ein Nystagmus erzeugen. Hier wie bei den Menschen handelt es sich stets um einen rhythmischen Nystagmus. In einem Drittel der Fälle waren Pupillenstörungen vorhanden. Bei chronischem Alkoholismus sowie bei Fällen von Delirium tremens, die nicht mehr unter akuter Alkoholwirkung standen, fand sich nie Nystagmus oder Blickparese. Nystagmus und Blickparese konnten noch 7—12 Stunden nach der letzten Alkoholaufnahme festgestellt werden, der Nystagmus in zwei Fällen sogar noch nach 24 Stunden. Die Ursache muß im Hirnstamm gesucht werden, wie auch Versuche mit Alkoholgaben bei Encephalitikern bestätigt haben. Auch andere Gifte können einen Nystagmus erzeugen, z. B. Veronal, Sulfonal, Chloroform, Antipyrin, Schwefelkohlenstoff und Morphium. Das Bild des akuten Alkoholrausches stellt gewissermaßen ein schwaches Abbild der Poliencephalitis sup. haemorrhagica *Wernickes* dar, bei der die genannten Symptome ebenfalls beobachtet werden. Manche Encephalitisbilder ähneln dem Alkoholrausch, was sich durch die gleiche Lokalisation der Schädigung erklären läßt.

Gonser (17) bespricht die Bedeutung der Alkoholfrage für das deutsche Volk in Gegenwart und Zukunft. Nach seinen Ausführungen beträgt der Bierverbrauch ungefähr die Hälfte der Vorkriegszeit, während sich der Schnapsverbrauch der alten Höhe wieder genähert hat. Verf. führt dann die einzelnen Schädigungen des Alkohols an und verlangt das Streben nach besseren Anschauungen, Sitten und Einrichtungen. Auch betont er, daß die heutige Gesetzgebung nicht mehr ausreicht, vielmehr das Konzessionswesen und das Strafgesetzbuch umgestaltet werden müssen. Das Beispiel Amerikas muß für uns vorbildlich sein.

Koller (44) führt aus, daß die Konsumgenossenschaften im allgemeinen wenig für die Bekämpfung des Alkohols tun. Nur in Schweden und Norwegen ist der Alkoholverkauf den Konsumvereinen gesetzlich verboten; in Polen, England und Litauen haben die Vereine freiwillig auf den Handel mit Alkohol verzichtet. In Deutschland, Österreich und Belgien dagegen gehört der Alkoholverkauf zu den selbstverständlichen Aufgaben der Konsumvereine. Verf. fordert, daß diese Genossenschaften ihren Mitgliedern nicht gesundheitsschädliche Artikel verkaufen.

Nach *Oppler* (62) sank die Zahl der Alkoholaufnahmen in der Breslauer Heilanstalt während des Krieges von 346 auf 27, im Jahre 1919 stieg sie wieder auf 59 an. Nach dem Kriege begann eine erhebliche Zunahme der Alkoholaufnahmen bis zu 171 im Jahre 1921/22 gegenüber 71 im Vorjahre. Gegen Ende des Jahres 1922 nahm aber die Zahl der alkoholischen Erkrankungen erheblich ab und zwar infolge von Einschränkungen des Alkoholausschanks und der Verteuerung der Spirituosen. Ein Ersatz des Alkohols durch andere Gifte konnte nicht festgestellt werden. Seit der Stabilisierung der Währung nehmen die Alkoholerkrankungen wieder zu; ein

erneutes Verbot des Ausschanks in den späten Abendstunden sowie erhöhte Besteuerung und Einschränkung der Konzessionen wären daher am Platze. Ferner wäre es sicher angebracht, mit den zur Bekämpfung des Alkoholismus zur Verfügung gestellten Mitteln die Aufnahme der Alkoholisten in Trinkerheilanstalten zu ermöglichen.

Nach *Bombach* (8) sind auch in der Gießener Klinik die Zahlen der Aufnahmen wegen Alkoholismus nahezu bis zur Höhe der Vorkriegszeit angestiegen. Es geht daraus hervor, daß die bisherigen gesetzlichen Maßnahmen nicht genügen. Der Schankstättengesetzentwurf wird es ermöglichen, die Zahl der Schankstätten zu verringern, er bietet auch Handhaben, gegen unzuverlässige Wirte bzw. ihre Stellvertreter einzuschreiten. Wichtig sind auch die Bestimmungen über die Polizeistunde, über die Abgabe alkoholhaltiger Getränke an Jugendliche und andere Maßnahmen. Von der Anbahnung des Gothenburger Systems, wie sie der § 2 des Entwurfes vorsieht, verspricht sich Verf. vorläufig nicht viel, da die Bestimmungen sich erst nach längerer Zeit auswirken werden. Ferner hat der Gedanke, daß die Gemeinden ein Bestimmungsrecht über Neueinrichtungen von Gast- und Schankwirtschaften haben sollen, wie es der § 26 vorsieht, etwas Bestechendes. Man hat den Vorschriften aber von vornherein einen großen Teil ihrer Wirksamkeit genommen, indem man die Frage nicht endgültig reichsgesetzlich regelte, sondern den Landesbehörden überließ. Auch das geforderte Stimmenverhältnis ist viel zu hoch. Immerhin werden derartige Abstimmungen das Interesse für die Bekämpfung des Alkoholismus wach halten.

Die schweizerische Zentralstelle zur Bekämpfung des Alkoholismus (60) hat ein sehr brauchbares Taschenbuch für Alkoholgegner herausgegeben. Dies beginnt mit einer Statistik des Alkoholverbrauchs im allgemeinen und in der Schweiz und bringt dann mehrere Kapitel über Alkoholgenuß und Leistungsfähigkeit. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß schon geringe Mengen Alkohol die Leistungen verschlechtern und zwar um so mehr, je feiner die Arbeit ist. Auch die Ergebnisse der Versuche bei geistiger Arbeit sind eingehend dargestellt. Weiter werden besprochen die Volksernährung und Volksgesundheit in ihren Beziehungen zum Alkohol, ferner die Sterblichkeit von Abstinenten und Nichtabstinenten, die Trinkerkrankheiten, Schwindsucht und Trunksucht sowie die alkoholischen Geistesstörungen. Weitere Abschnitte sind dem Einfluß des Alkohols auf die Unfallhäufigkeit gewidmet, ferner den Geschlechtskrankheiten und der Vererbung unter der Wirkung des Giftes. Überall werden die schädlichen Folgen des Alkoholismus eingehend erörtert und mit Beweisen belegt. Auch die Zerrüttung der Familien durch die Trunksucht wird besprochen, ferner die Alkoholvergehen und die Armenlasten. Die Bekämpfung des Alkoholismus soll durch Unterricht, Volksaufklärung, gärungslose Obstverwertung, Wirtshausreform und Gesetzgebung erfolgen. Auch die Trinkerfürsorge und Trinkerheilung mit den einschlägigen Bestimmungen in der Schweiz wird besprochen. Eingehende Auskunft wird schließlich über die alkoholgegnerischen Vereine, Zeitungen und Zeitschriften erteilt.

Nach *Koller* (42) zeigt die allgemeine Sterblichkeit in der Stadt New York einen Gipfel im Jahre 1918 (Influenza), dann tritt ein Abfall ein, der auch für die

Jahre 1922/23 anhält und nur auf die Wirkungen des Alkoholverbotes zurückgeführt werden kann. Im Staate New York hat die Sterblichkeit an Alkoholismus und die an Leberschrumpfung von 1917 an sehr stark abgenommen, um 1921 und 1922 wieder einen geringen Anstieg zu zeigen.

In einer zweiten Arbeit wendet sich *Koller* (43) gegen den Versuch, Cocainismus und Morphinismus den epidemischen ansteckenden Krankheiten gleichzustellen. Diese Gifte zerstören jährlich nur wenige, dazu noch minderwertige Existenzen, während die Schäden des Alkohols unendlich viel größer sind. *K.* ist für die unbedingte Bekämpfung des Alkoholgenusses trotz der Tatsache, daß einzelne Individuen ihn ohne merklichen Schaden genießen können.

Bogusat (7) bringt zunächst die Entstehungsgeschichte des Alkoholverbotes in den Vereinigten Staaten und bespricht dann die Wirkungen des Gesetzes. Eine erhebliche Abnahme der spezifisch alkoholischen Erkrankungen ist jedenfalls unverkennbar. Die in sehr vielen Städten beobachtete Zunahme des Milchverbrauches spricht auch für eine Hebung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes. Es erscheint unmöglich, daß der durch das Verbot bewirkte gewaltige Ausfall an geistigen Getränken durch Schmuggel und Heimbrauerei auch nur annähernd ausgeglichen werden kann. Richtig ist aber, daß die so beschafften Getränke oft minderwertig und gesundheitsschädlich sind. Der Genuß anderer narkotischer Mittel hat zugenommen, doch fehlen die Beweise dafür, daß das Fehlen von Alkohol die Schuld an dieser Erscheinung trägt. In wirtschaftlicher Hinsicht sind zweifellos gute Wirkungen nachweisbar. Was die Kriminalität anbetrifft, so ist jedenfalls die Zahl leichterer Vergehen und besonders der Vergehen Jugendlicher stark zurückgegangen. Daß die Verhaftungen wegen schwerer Straftaten zugenommen haben, ist mindestens zweifelhaft. Sehr groß dagegen ist die Zahl der Übertretungen des Verbotsgesetzes. Jedenfalls erscheint es aber nicht angängig, das Alkoholverbot schon jetzt als einen Fehlschlag zu bezeichnen, vielmehr kann ein endgültiges Urteil erst in einer Reihe von Jahren gefällt werden.

Im Staate New-York waren, wie *Koller* (41) ausführt, seit dem Jahre 1909 in der Gesamtheit der Erstaufnahmen die Alkoholpsychosen allmählich zurückgegangen, nur das Jahr 1916/17 machte eine Ausnahme. Im Jahre 1920, dem ersten vollständigen Prohibitionsjahre wurde plötzlich ein Tiefstand der Alkoholikeraufnahmen von 1,9% festgestellt, der in den folgenden Jahren allerdings wieder überschritten wurde, aber immer noch etwa ein Drittel unter dem vor dem Weltkrieg vorhandenen Verhältnis blieb. Die Frauen blieben auf der durch das Alkoholverbot erreichten Zahl stehen. Eine zusammenhängende Betrachtung der Alkoholikeraufnahmen in einigen europäischen Staaten ergibt ein starkes Sinken der Alkoholiker mit Beginn des Krieges, besonders in den Jahren 1917/19. Mit Aufhören des Krieges steigen alle Kurven wieder an, am wenigsten Schweden und Norwegen. Verf. bemerkt noch, daß das Alkoholverbot im Staate New-York keine Zunahme anderer Intoxikationen wie Morphinismus und Cocainismus zur Folge gehabt hat.

Hercod (23) gibt eine Darstellung über das Alkoholverbot in den Vereinigten Staaten. Nach einer geschichtlichen Einleitung bespricht er die Durchführung des Verbotes. Er gibt zu, daß es auch jetzt noch möglich ist, sich dort Alkohol zu

verschaffen. Eine Hauptquelle des Alkohols sind die geheimen Brennereien, die sich aber durch Abgabe minderwertiger und unsauberer Erzeugnisse selbst schädigen. Die geheime Herstellung von Wein ist nur gering; die Trauben werden frisch und getrocknet viel verzehrt, so daß die Weinbauern sich in ihrer wirtschaftlichen Lage noch verbessert haben. Auch die Herstellung von Bier spielt keine Rolle. Die Bedeutung des Schmuggels ist stark übertrieben, wenn er auch naturgemäß den Behörden viel zu schaffen macht. Auch die Absatzmöglichkeit ist recht gering und schwierig. Jedenfalls beträgt der heutige Verbrauch von Alkohol nur etwa 10% des früheren, eine annähernd richtige Schätzung ist natürlich unmöglich.

Um die Wirkungen des Verbotes zu untersuchen, stützt sich Verf. besonders auf die statistischen Zahlen der Staaten New-York und Massachusetts, deren Angaben am zuverlässigsten sind. Die Zahl der wegen Trunkenheit Verhafteten hat um 49—55% abgenommen, ebenso die Zahl der in die Spitäler aufgenommenen Alkoholkranken; auch die Unterstützungsbedürftigkeit der Familien infolge von Alkoholismus des Vaters hat sich sehr erheblich vermindert. Die Zahl der Todesfälle an Lungentuberkulose hat um 20—32,7% abgenommen, wozu die Einführung des Verbotes sicherlich viel beigetragen hat. Der Milchkonsum hat gewaltig zugenommen. Eine Vermehrung der Fälle von Morphinismus infolge des Alkoholverbotes scheint eingetreten zu sein. Eine Abnahme der Kriminalität ist unverkennbar, so haben die Sittlichkeitsvergehen um 29%, die Tätlichkeiten um 15% abgenommen. Besonders die Verwahrlosung der Kinder ist außerordentlich vermindert worden. Ein großer Irrtum wäre es, wenn man glauben wollte, daß die Daseinsfreude durch das Verbot gestört wäre; im Gegenteil sieht man überall, wie vergnügt die Menschen auch ohne Alkohol sind. Auch die wirtschaftliche Erschütterung durch das Verbot ist nicht groß gewesen und jedenfalls vollkommen überwunden. In jeder Beziehung überwiegen also die günstigen Folgen des Verbotes.

Nach *Schlup* (77) hat in der Schweiz der Kampf gegen den Schnapsmißbrauch in den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts durch die gemeinnützigen Gesellschaften eingesetzt, doch blieb es bei Vorträgen und Beratungen. Ende der 60. Jahre entstanden besondere Vereine für den Kampf gegen den Branntwein, von denen sich aber nur die 1877 gegründete „Schweizerische Mäßigkeitsgesellschaft" unter dem späteren Namen „Blaues Kreuz" erhalten und mächtig entwickelt hat. Aus einer 1883 eingesetzten eidgenössischen Kommission ging 1885 die Vorlage für Schaffung eines Alkoholmonopols hervor.

Holitscher (27) beschreibt die Verhältnisse in Finnland. Er weiß sehr wohl, daß man trotz des vollständigen Alkoholverbotes dort ohne große Schwierigkeiten alkoholische Getränke haben kann, doch hat das Verbot gute Früchte getragen, so daß die breiten Volksmassen durchweg nur das vom Gesetz zugelassene Schwachbier mit höchstens 2% Alkohol genießen. Der Wirtshauszwang ist ausgeschieden, Volkshäuser und Arbeiterheime sind an Stelle der Gasthäuser getreten. An dieser Stelle muß auch bei uns der Hebel angesetzt werden.

Haupt (21) weist darauf hin, daß nicht selten Alkoholkranke nur auf eine bestimmte Art von Getränken w. z. B. Schnaps verzichten, also gewissermaßen eine elektive Abstinenz ausüben wollen. Auch Angehörige unterstützen bisweilen

diese Vorsätze. Daß eine solche Beschränkung hinsichtlich der Getränkearten auf die Dauer von den Kranken nicht durchgeführt werden kann, liegt auf der Hand.

Haupt (20) betont, daß der Wert der hypnotisch-suggestiven Behandlung beim Alkoholismus vielfach beträchtlich überschätzt wird, sie soll lediglich zur Unterstützung der Hauptbehandlung dienen. Der Enthaltsamkeitswille kann durch hypnotische Suggestion nicht hervorgerufen werden, er kann aber, wenn er bereits besteht, durch sie gestärkt werden. Bei Dipsomanen und Psychopathen ist diese Art der Behandlung machtlos. Bei einem leidenschaftlichen Raucher versagte selbst tiefe Hypnose mit besonders drastischen verekelnden Suggestionen.

Da wir die letzten, tiefsten Ursachen der Trunksucht nicht kennen, so ist, wie *Haupt* (22) ausführt, eine kausale Therapie bei Trinkern nicht möglich. Der psychische Defekt, die psychische Minderwertigkeit bleiben bestehen. Wir müssen uns also auf eine symptomatische Behandlung beschränken, die in psychischer Beeinflussung besteht. Die Heilstätten-Kur soll erreichen, daß der Kranke ein dauernd völlig enthaltsames Leben führt und alle Versuchungen meidet.

Haupt (19) betont den Wert des Heilstättenlebens für Alkoholkranke. Neben der Ausschaltung des Alkohols kommt die ganze Lebensweise, Erziehung zur Arbeit und Sauberkeit in Betracht, so daß der Boden für die eigentliche ärztliche Behandlung vorbereitet wird.

Adler (1) erinnert an die heilsame Wirkung starker alkoholischer Getränke bei Voranzeichen der Grippe und bei Biß giftiger Schlangen und weist darauf hin, daß Quartalssäufer große Mengen von Alkohol vertragen können. Vielleicht geht der Alkohol ebenso wie Opium bei Melancholischen gewisse Umsetzungen mit Stoffwechselgiften ein.

Ferner weist der Verf. auf die Schädlichkeiten zu starken und schlechten Tabaks hin, die oft noch gesteigert werden durch den Genuß gepanschter oder zu junger Weine und Schnäpse. Bei leichterer Nikotinvergiftung empfiehlt er Zucker als vortreffliches Gegenmittel. Submanische Zustände hat er öfter bei Personen gefunden, die am Abend vorher viele Alkoholica, besonders junge Schnäpse zu sich genommen hatten. Feinere Denkstörungen sind hier immer nachweisbar.

b) Morphium und andere Narkotika.

John (36) tritt für eine drakonische Gesetzgebung zur Bekämpfung des Morphinismus und Cocainismus ein, die sich zunächst gegen Ärzte und Apotheker richten müßte. Zur Überwachung des Opiumgroßhandels müßte der Staat ein Opiummonopol einrichten. In zweiter Linie müßte die Gesetzgebung sich gegen die Morphium- und Cocainsüchtigen selbst richten, indem ihre Entmündigung und zwangsweise Behandlung in einer geschlossenen Anstalt ermöglicht würde, wie dies in der Schweiz schon der Fall ist.

Ottenstein (63) hat neun Versuchstieren und zwar 6 Meerschweinchen und 3 Kaninchen 1—7 Wochen lang Morphium einverleibt und dann die einzelnen Organe nach der von *Loofs* angegebenen Methode auf Morphium untersucht. Es ergab sich, daß man vielleicht eine Verschiedenheit in der Affinität des Morphiums zu verschiedenen Organen annehmen muß. Das Morphium tritt möglicherweise

an die Stelle eines Zellbestandteiles, so daß die plötzliche Entziehung eine physikalisch-chemische Zustandsveränderung und damit die Entziehungserscheinungen bewirkt.

David (11) setzt auseinander, daß es sich beim Morphinismus um eine exogen hervorgerufene Schädigung in der vegetativen Regulationszentrale der basalen Ganglien des Zwischenhirns handelt. Im Stadium der Gewöhnung findet man ein Darniederliegen des gesamten Biotonus wie Hemmung im Magen-Darmkanal und sämtlicher Drüsensekretionen. Alle Erscheinungen sind Ausdruck eines gesteigerten Sympathikustonus und eines verminderten Parasympathikustonus. Im Stadium der akuten Entziehungserscheinungen wechselt gesteigerte Parasympathikuswirkung mit erhöhtem Sympathikustonus. Im Stadium der Rekonvaleszenz überwiegt die Wirkung des Parasympathikus bedeutend. Die Stimmung ist im 1. Stadium melancholisch, im 2. gleicht sie den manisch-melancholischen Mischzuständen, im 3. einer manischen Phase. Beim *Basedow* und der *Freud*schen Angstneurose liefern primäre Veränderungen im endokrinen System sekundär ein Bild, wie es im Stadium der akuten Entziehungserscheinungen und in manisch-melancholischen Mischzuständen vorkommt.

Fauser u. *Ottenstein* (14) stellen die Hypothese auf, daß die „Suchten" und die ihnen im wesentlichen gleichwertigen „Abstinenzerscheinungen" darauf beruhen, daß bestimmte Körperzellen die betreffende Substanz in ihren Bestand aufgenommen haben und infolgedessen eine Dauerzufuhr brauchen, um nicht dysionisch beeinflußt zu werden. Sie werden in ihrem, durch die Gewöhnung veränderten Bestande alteriert, wenn die Zufuhr unterbleibt oder erheblich vermindert wird. Durch künstliche Lipoidmembranen geht Morphium etwa zehnmal weniger schnell hindurch als Kokain; vielleicht hängt es damit zusammen, daß die Abstinenzerscheinungen bei Morphium erst nach längerem Gebrauch auftreten und beim plötzlichen Entzug sehr schwer sind, während der Kokainismus sich sehr rasch entwickelt und die Entziehung hier nur leichtere Störungen hervorruft. Die Morphiumgewöhnung ist vielleicht so zu erklären, daß Morphium an die Stelle eines Zellbestandteiles tritt und daß dann bei plötzlicher Entziehung eine Gleichgewichtsstörung der Zelle im physikalisch-chemischen Sinne eintritt, wodurch die Abstinenzerscheinungen erklärt würden.

E. Meyer (53) hat vom Frühjahr 1904 bis zum Herbst 1923 rund 90 Fälle von chronischem Mißbrauch narkotischer Mittel beobachtet, von denen 23 Männer und 3 Frauen auf die Kriegsjahre und 33 Männer und 12 Frauen auf die Nachkriegszeit entfallen. Von 64 Männern waren 21 Ärzte, 7 Apotheker und Drogisten, 2 gehörten dem ärztlichen Hilfspersonal an. Unter den Frauen waren 9 Schwestern und Krankenpflegerinnen, 3 Arztfrauen, eine Angestellte einer Drogenhandlung. Unter 82 Fällen waren mindestens 50 mit nervösen und psychischen Störungen, vorwiegend in Form psychopathischer Veranlagung, vielfach stark degenerativer Art. In der übergroßen Zahl der Beobachtungen handelte es sich um Morphium, in 21 Fällen um Kokainismus, meist neben Morphiummißbrauch, nur ausnahmsweise allein. Pantopon wurde mehrfach genommen, aber eigentlich in keinem Falle selbständig. Unter den Kranken waren nur wenige Trinker, dagegen viele starke

Raucher, besonders waren Zigaretten bevorzugt. Verf. konnte feststellen, daß stets und zwar meist verhältnismäßig schnell ein Nachlassen der geistigen Fähigkeiten eintrat. Die Behandlung des Morphinismus bestand stets in sofortiger Entziehung, von vornherein werden Herzmittel gegeben, ferner wurden hydrotherapeutische Maßnahmen angewandt. Hypnose führte zu keinem Erfolg. Sehr wichtig ist, daß die Kranken nach der Entlassung sich nach etwa 3 Monaten, später nach 6 und mehr auf einige Tage in die Klinik zur Beobachtung aufnehmen lassen. Die Hauptsache der Behandlung wird immer die Vorbeugung bleiben. Die Frage, ob man die Kranken gegen ihren Willen in der Anstalt halten darf, wird bejaht, vorausgesetzt, daß die Angehörigen einverstanden sind. Die Forderung, daß morphiumsüchtige Ärzte, Apotheker und ärztliches Hilfspersonal so lange von ihrem Berufe enthoben werden, bis die Sucht geheilt ist, muß als durchaus berechtigt anerkannt werden.

Legewie (47) beobachtete ein Delirium bei einem 58-jährigen Morphinisten mit Karzinom. Die Tagesdosis war zuletzt nur auf das bescheidene Maß von 0,06 bis 0,08 gekommen. 3 Monate nach der ersten Morphiumgabe traten Delirien auf, der Kranke halluzinierte, glaubte sich verfolgt, verkannte seine Umgebung und zeigte große motorische Erregung. Nach einer wesentlich erhöhten Verabreichung von Morphium erfolgte ein abruptes Abbrechen des Delirs. Verf. sieht das Morphium als die auslösende Ursache des Deliriums an. Nach seinen weiteren Ausführungen wird die Wirkung des Morphins durch eine Änderung in der Funktion der Hirnzellen bedingt, indem es sich besonders mit den Lipoidbestandteilen derselben verbindet und sich so dem Nachweis entzieht. Die vermehrte Bindungs- bzw. Zerstörungsfähigkeit des Gehirns macht ein Bedürfnis nach vermehrter Morphinzufuhr wahrscheinlich; das Mittel ist zu einem lebensnotwendigen Bestandteil geworden. Die Morphiumsucht ist nur das nach außen hin besonders deutlich auftretende Zeichen einer besonders schnellen und intensiven Affinität von Morphin und Gewebszellen bei den verschiedenen Menschen.

Unter den von *Schmitz* (79) in letzter Zeit behandelten Morphiumkranken befanden sich sehr viele Angehörige des ärztlichen Standes; Verf. hält es deshalb für angebracht, die Medizinstudierenden mehr als bisher über das Wesen des Morphinismus aufzuklären. Ferner erwähnt er die bekannten Möglichkeiten für die Beschaffung des Morphiums und verlangt die strengsten gesetzgeberischen Maßnahmen. Bei den Entziehungskuren konnte er einen wesentlichen Nutzen des Eumekons nicht finden. Von 32 Kranken blieben 8 morphiumfrei.

Beringer (4) hebt den Nutzen der parenteralen Eiweißgaben bei der Morphiumentziehung hervor. Er gibt vom Beginn der Entziehung an täglich 2 ccm Xifalmilch intraglutäal, nötigenfalls gegen Ende der Kur auch 5 ccm. Kontraindikationen bestehen nur beim Vorhandensein von Infektionen namentlich tuberkulöser Natur, die üblichen Injektionsabszesse stellen keine Gefahr dar. Das Morphium wird langsam entzogen, nachts wurden Schlafmittel wie 0,5 Medinal + 1,0 Adalin gegeben. Bei stärkeren Entziehungserscheinungen war besonders ein Klysma von Paraldehyd von Erfolg. Bei leichteren subjektiven Beschwerden erwies sich Atropin als sehr nützlich. Diese Methode hat sich durchweg gut bewährt. 4 kurze Krankengeschichten erläutern den Gang der Kur.

Wuth (95) weist darauf hin, daß die Beeinflussung der Abstinenzerscheinungen bei Entziehung des Morphiums oft recht schwierig ist. Bromate, Adalin, Veronal versagen oft; Chloralhydrat kann Erregungszustände auslösen, auch Skopolamin wird häufig als sehr unangenehm empfunden. Dagegen lassen sich mit Antipyrin, Phenazetin und Pyramidon oft gute Ergebnisse erzielen. Dazu kommen Bäder, Freiluftbehandlung, Aderlaß und Reiztherapie. Vielversprechende Versuche sind auch mit Cholin gemacht worden. Vielleicht würden auch Mittel aus der Reihe der Alkaloide oder Hormone mit Erfolg verwendet werden können.

Joël u. *Fränkel* (35) bringen eine sehr eingehende Schilderung des Kokainismus. Nach einer Übersicht über die pharmakologische Wirkung des Kokains und seine Geschichte, die sehr viele interessante Einzelheiten bringt, werden zunächst die körperlichen und psychischen Symptome des Kokainismus besprochen. Besonders wertvoll ist es, daß die Verf. eine große Anzahl von Beobachtungen außerhalb des Krankenhauses angestellt haben, da die Unbefangenheit der Kokainisten beim Zustandekommen der typischen Giftwirkung eine große Rolle spielt. Bezüglich der Wirkung des Kokains wird eine euphorische Phase, eine Rauschphase und eine depressive Phase unterschieden. Die Frage, ob es eine Kokaingewöhnung gibt, wird verneint mit Hinblick darauf, daß schwerere, besonders körperliche Abstinenzerscheinungen w. z. B. bei der Morphiumentziehung fehlen. Ferner können selbst nach jahrelangem Kokainismus bei plötzlicher Überdosierung alle Symptome der akuten Vergiftung auftreten. Schließlich können Kokainisten nach längerer Pause ohne jeden Schaden die gleiche Dosis zu sich nehmen, mit der sie vor der Pause aufgehört haben. Der Mangel einer solchen Entwöhnung beim Kokainisten spricht dafür, daß es während des Gebrauches überhaupt nicht zu einer Steigerung der Toleranz gekommen ist. Ebensowenig wie der Mensch unter gewohnheitsmäßigem Kokaingenuß zu einer erhöhten Kokainfestigkeit gelangt, kommt er auch umgekehrt zu einer erhöhten Kokainempfindlichkeit. In weiteren Kapiteln wird die Differentialdiagnose besprochen, ferner die Behandlung und Verhütung des Kokainismus. Die Entziehung selbst soll eine brüske sein; bei Morphiokokainisten empfiehlt es sich, zunächst das Kokain fortzulassen und dann erst vorsichtig die Morphiumentziehung einzuleiten, weil gerade Morphiokokainisten leicht kollabieren. Den Schluß bilden einige typische Krankengeschichten, die einem Material von etwa 50 Beobachtungen entstammen.

Einen Fall von „pathologischer" Kokainvergiftung bei einem 22 jährigen Mädchen beschreibt *Rittershaus* (71). Nach Schnupfen einer tüchtigen Prise Kokain waren bei der Kranken eigenartige motorische Erscheinungen eingetreten, die anfangs mehr einen tetanieartigen Charakter trugen, dann aber in eine ausgesprochene schwere Chorea übergegangen waren. Außerdem waren Mikropsien beobachtet. Dann folgte ein mit Depression und Hemmung einhergehendes abklingendes Stadium, das mit Genesung endete. Wichtig war, daß der Vater der Pat. an Chorea minor gelitten hatte und die Mutter der Kranken an Paralysis agitans leidet. Es liegt also eine erbliche Belastung nach der Seite der Chorea hin, eine Schwäche des striären Systems vor, so daß die Kranke infolge dieser angeborenen Veranlagung auf die einmalige akute Kokainvergiftung mit schweren striären Symptomen reagierte.

M. Meyer (54) warnt vor dem Mißbrauch des Eukodal. Er beobachtete in kurzer Zeit 6 schwere Fälle dieser Art, in denen es sich um nervös belastete Individuen handelte, die unter dem Einfluß depressiver Stimmungen zu der Verwendung des Mittels gekommen waren. Die Kur wurde unter sofortiger Absetzung des Eukodals durchgeführt, die psychischen Erscheinungen waren in 1—2 Wochen abgeklungen. In vielen Fällen ist eine ärztliche Verordnung des Eukodal überhaupt unnötig, bei Verstimmungszuständen auf psychopathisch-degenerativer Grundlage kann man mit Brom, Valerianapräparaten und dergleichen in Verbindung mit Psychotherapie und Hydrotherapie auskommen. Klinikpackungen dürften grundsätzlich an Einzelpersonen nicht abgegeben werden.

Herschmann (24) berichtet über das Vorkommen paralyseähnlicher Zustandsbilder nach Intoxikation durch Veronal und chemisch verwandte Schlafmittel in 5 Fällen. Die Unterscheidung dieser Zustände kann sehr schwierig werden, besonders durch die Störungen der Sprache, die verwaschen, monoton, skandierend ist und öfter zerebellaren Typus zeigt. Auch Auslassungen von Silben und Wortbestandteilen als Folgen einer Störung der Merkfähigkeit sind nicht selten. Ferner kommen bei der chronischen Veronalvergiftung Störungen der Pupillenreaktion und Lähmungen äußerer Augenmuskeln vor, außerdem Tremor, Gehstörungen, Herabsetzung der Sehnenreflexe und Mitbewegungen der mimischen Gesichtsmuskulatur. Die Affektlage ist oft sehr stumpf, die Merkfähigkeit stark gestört, das Auffassungsvermögen herabgesetzt. Nicht selten kommen auch manische Symptome vor. Auch andere Gifte wie Alkohol, Blei, Brom, Quecksilber u. a. können paralyseähnliche Bilder hervorrufen. Abstinenzdelirien beim chronischen Veronalismus konnte Verf. trotz sehr reichen Materials nicht beobachten.

Gralka (18) beschreibt eine akute Massenvergiftung mit Bromnatrium. Es erkrankten sämtliche Mitglieder eines Haushalts unter auffallender Mattigkeit, hochgradiger Schlafsucht und Gleichgewichtsstörungen. Später trat eine auffallende Abnahme des Gedächtnisses ein, ferner Sprachstörungen und Verlangsamung aller Bewegungen. Das Bild verschwand unter Krankenhausbehandlung restlos, wenn auch langsam. Es stellte sich heraus, daß in der Apotheke gekauftes Kochsalz im wesentlichen aus Bromnatrium bestand. Die erkrankten Erwachsenen hatten bis zum Ausbruch der ersten Krankheitserscheinungen etwa je 58 Gr. Bromnatrium zu sich genommen. Da auch ein ausschließlich von der Mutter genährter Säugling erkrankt war, ist das Brom auch in die Brustmilch übergegangen.

c) Andere Gifte.

Hiller (25) hat eine 27 Jahre alte Frau beobachtet, die 15 Tage nach einer CO-Intoxikation starb. Sie bot Lähmungs- und Reizerscheinungen, sowie starke Hautblutungen. Die Sektion ergab enorme Blutfälle sämtlicher Hirngefäße, außerdem ausgedehnte Blutungen. In verschiedenen Teilen des Gehirns und den weichen Häuten des Rückenmarks fanden sich Blutungen und Erweichungen, in der Oblongata auch kleine proliferative Herde. Verf. führt weiter aus, daß das Kohlenoxyd ein exquisites Gefäßgift ist, dessen Wirkung sich in einer schweren Funktionsschädigung der Gefäße äußert. Die Atonie der kontraktilen Gefäßwandelemente

äußert sich in einer starken Gefäßerweiterung, die zu Prästase und Stase führt, auf deren Boden die typischen nekrobiotischen Prozesse und die multiplen Blutungen entstehen. In diesen Hirnveränderungen sind echte, durch Ernährungsstörungen bedingte Enzephalomalazien zu sehen. Pallidum und die rote Zone der Substantia nigra sind mit einem viel dürftigeren Kapillarnetz ausgestattet als die übrigen grauen Gebiete der Stammganglien. Diese Besonderheit muß als ausschlaggebender Faktor für das Zustandekommen gerade der typischen Erweichungen im Pallidum angesehen werden.

Pinéas (68) beschreibt eine 62 jährige Patientin, die 30 Tage nach einer CO-Vergiftung einen Zustand erkennen ließ, der sich durch das Fehlen eigentlicher Paresen, Sprach- oder Sensibilitätsstörungen und durch das Hervortreten einer allgemeinen Akinese auszeichnete. Im allgemeinen handelte es sich um einen Symptomenkomplex, der der von *Kleist* beschriebenen psychomotorischen Apraxie glich. Bei der Autopsie fand sich eine beiderseitige ausgedehnte symmetrische Erweichung im Pallidum. Die Gefäße im Bereich der Herde und darüber hinaus waren stark erweitert, die Wände verdickt und mit Rissen und Lücken versehen. Um die Gefäße lagen zahlreiche Fettkörnchenkugeln. Die Gefäßwände gaben zum großen Teil mit Berliner Blau die charakteristische Eisenreaktion. Die übrigen Gehirnregionen waren makroskopisch intakt, die mikroskopische Untersuchung konnte nicht ausgeführt werden.

In einem Falle von Botulismus mit Ophthalmoplegie bei einem 23 jährigen Manne fand *Lenz* (48) neben allgemeiner Hyperaemie der parenchymatösen Organe Bronchitis, Gastritis, Enteritis und Cystitis ausgesprochene Veränderungen im Gebiet des Okulomotoriuskernes. Es fanden sich Veränderungen an den Ganglienzellen besonders im Gebiet des unpaaren großzelligen Mediankerns, vereinzelt auch in den Seitenhauptkernen. Im Vordergrund standen ferner Gefäßveränderungen mit starker Erweiterung des Scheidenraumes, Verstopfung kleinster Gefäße mit lymphozytären Elementen und freien Gewebsblutungen. Den höchsten Grad erreichte dieser Befund im Gebiet des Okulomotoriuskernes nach der Mittellinie zu und reichte hier basalwärts herab bis zum Austritt der Okulomotoriusfasern. Die Glia war auffallend wenig geschädigt. In der Gefäßerkrankung sieht Verf. das Primäre, er vermutet, daß die Lokalisation des Prozesses durch die Art der Gefäßversorgung bedingt ist.

Révész (69) untersucht die Frage, aus welchen Gründen in heißen Ländern so viel weniger Fälle von Paralyse und Tabes vorkommen als in den kalten und gemäßigten Zonen. Er sieht den Hauptgrund dieser Erscheinung nicht in den Faktoren „Rasse“ und „Kultur“, sondern darin, daß bei den Eingeborenen warmer Länder die Haut durchlässiger ist und das luetische Gift so eher ausscheidet. Das reichliche Pigment bewirkt eine starke Transpiration, es ist außerdem für die chemischen Strahlen undurchdringlich. Als eine der wichtigsten Stützen für die Transpirationstheorie führt Verf. an, daß sich die verheerenden Wirkungen des Alkohols am meisten in den nordischen, kälteren Ländern Europas zeigen, während diese Schädigung im Süden weit weniger hervortritt, da das Gift durch die physiologische Wärmeregulierung der Hautdecke in kurzer Zeit ausgeschieden wird. Für die Thera-

pie der Syphilis ergibt sich daraus die Folgerung, daß neben der medikamentösen Behandlung noch die Anwendung von Schwitzbädern und Bestrahlung zu empfehlen ist.

Hofstätter (26) ist der Verfasser einer klinischen, psychologischen und sozialen Studie über die rauchende Frau. Er beschreibt zunächst die Allgemeinwirkungen des Nikotins auf den weiblichen Organismus; einen Selbstmordversuch eines jungen Mädchens durch Verschlucken einer größeren Menge Tabak hat er selbst beobachtet. Im einzelnen wird dann der Einfluß des Nikotins auf die verschiedenen Organe des weiblichen Körpers behandelt und durch interessante Krankengeschichten ergänzt. Nach Ansicht des Verf. ist der Grund zur Angewöhnung des unmäßigen Rauchens fast immer die Erfahrung der Frau, daß der Nikotinrausch relativ leicht eine tiefe seelische Depression abstumpft und so ertragen läßt. Deshalb soll der Arzt versuchen, die Gründe dieser Depression kennen zu lernen. Die Toleranz gegenüber dem Gift ist bei der Frau geringer und variabeler als bei dem Manne, erst nach dem 30 Lebensjahre wird die Frau recht tolerant. Unter den Wirkungen des Nikotins ist eine Schädigung der Haut deutlich nachweisbar, während eine Wirkung auf den Haarwuchs trotz mancherlei bestätigender Beobachtungen nicht ganz sicher erscheint. Bezüglich der Blutdrüsen bemerkt Verf., daß Frauen mit Schilddrüsenstörungen das Rauchen viel weniger vertragen als solche mit normalen Schilddrüsen. Menstruationsstörungen bei schwer rauchenden Frauen kommen sehr oft vor, auch die Fruchtbarkeit dieser Frauen ist stark herabgesetzt, während umgekehrt die Tabakarbeiterinnen oft schwanger werden. Bekannt ist, daß vieles Rauchen die sexuelle Libido herabsetzt. Weitere Kapitel beschäftigen sich mit dem chemischen Nachweis des Nikotins, den Heilwirkungen, dem Kampf gegen das Nikotin und der Statistik. Daß das Rauchen bei Jugendlichen besonders schädlich wirkt, unterliegt keinem Zweifel, hier muß deshalb das Bekämpfen des Mittels einsetzen. Hinter einzelnen Fällen stark rauchender Frauen verbirgt sich nach Ansicht des Verf. offenbar einer ein pyromanische Befriedigung. Auch den Verteidigern des Rauchens ist ein besonderer Abschnitt des Buches gewidmet. Es unterliegt keinem Zweifel daß das Rauchen auch bei Frauen das Bedürfnis nach Alkohol steigert. Aus allem geht hervor, daß Frauen und Mädchen zahlreichen Schädigungen durch das Rauchen ausgesetzt sind; Verf. bezeichnet besonders die Zigarette als Wegmacherin für alles Böse und Verführerin der Jugend und tritt bei Männern und Frauen für absolutes Nichtrauchen ein.

---

8. Idiotie, Psychopathie, Schwachsinnigenfürsorge.

Ref. F. Schob-Dresden.

1. *Adler, O.*, Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes. Anaphrodisia. Dyspareunia. Berlin, Fischers med. Buchh. 227 S. 6,—. M.

2. *Bacher*, *G.*, Grundlagen und Ziel der Heilpädagogik vom Standpunkte der Determinationspsychologie. Halle a. S., Carl Marhold. 82 S. (S. 212*.) 2,20 M.
3. *Derselbe*, Vom Wesen des Schwachsinns. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachs. Nr. 10, S. 153.
4. Badische Anstaltsblätter, herausg. v. Gregor, Flehingen. Druck d. Landesstrafanst. Bruchsal. (S. 210*.)
5. *Bappert*, *J.*, Über psychologische Methoden zur Erkennung des Hilfsschülers. Hilfsschule H. 6, S. 84 u. H. 7, 97.
6. *Beery*, *F.*, The psyche of the intermediate sex. Med.-leg. journ. Bd. 41, Nr. 1, S. 4.
7. *Beery*, *D. M.*, An investigation of 50 cases of mongolian imbecility from the out-patient department. Brit. journ. of childr. dis. Bd. 21, Nr. 250, S. 259.
8. *Bertolani*, *A.*, Per la profilassi del gozzo e del cretinismo. Riv. speriment. di freniatria Bd. 48, H. 3/4, S. 734.
9. *Bielschowsky*, *M.*, Zur Histopathologie und Pathogenese der tuberösen Sklerose. Neue Beiträge. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 30, H. 3/4, S. 167.
10. *Bisch*, *L. E.*, Antisocial behavior from the viewpoint of the neuropsychiatrist. Southern med. journ. Bd. 17, Nr. 10, S. 760 u. 765.
11. *Bonaba*, *J.*, Familiäre Idiotie und Blutsverwandtschaft. (Span.) Arch. latino-americ. de pediatria Bd. 17, Nr. 9, S. 652.
12. *Born*, *W.*, Wohnungsnot und Psychopathie. Arch. f. Psychiatr. Bd. 71, H. 3/4, S. 581. (S. 208*.)
13. *Bossert*, *O.*, Zur Frage des Schicksals übererregbarer Kinder. Jb. f. Kinderheilk. Bd. 106, H. 5/6, S. 329. (S. 207*.)
14. *Bovet*, *P.*, Enfants vagabonds et conflits mentaux. Journ. de psychol. norm. et pathol. Nr. 1/3, S. 236.
15. *Bowes*, *G. K.*, Mental defect and mental degeneracy in a rural area. Lancet Bd. 207, Nr. 7, S. 313.
16. *Brann*, Das Weib in Weiningers Geschlechtscharakteriologie. Aus: Arb. a. d. sex.-psychol. Seminar Bd. 1, H. 2. 39 S. 1,50 M. Bonn, Marcus und Weber. (S. 211*.)
17. *Brednow*, *W.*, Reproduktionsversuche an pseudologischen Kindern. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 5, S. 416.
18. *Brushfield*, *Th.*, Mongolism. Brit. journ. of childr. dis. Bd. 21, Nr. 250/252, S. 241.
19. *Bukofzer*, *E.*, Suggestion und Sexualität. Sexual-psychologische Studie. Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforsch. Bd. 10, H. 1, S. 52.
20. *Chaitan*, *S.*, Über die Beeinflussung des Kretinismus durch die Entfernung von Kropfgewebe. Schweizer med. Wschr. Nr. 39, S. 894.
21. *Ciampi*, *L.* und *Ameghino*, *A.*, Die geistige Verwirrung beim Infantilismus. (Span.) Clin. psicopedagog. Nr. 2, S. 1.

22. *Clark*, *S. N.*, The relation of absence of the sentiments (some cases labelled psychopathic personality). Americ. journ. of psychiatr. Bd. 4, H. 1, S. 135.
23. *Clift*, *M. W.*, Roentgen-ray studies of the feeble-minded. Americ. journ. of roentgenol. a. radium ther. Bd. 12, Nr. 1, S. 23.
24. *Comby*, *I.*, A propos du mongolisme. Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. 22, Nr. 1, S. 20.
25. *Conighi*, *R.*, Reperti istopatologici in un caso di sclerosi lobare. Ann. dell' osp. psichiat. prov. in Perugia H. 1/4, S. 7.
26. *Desogus*, *V.*, Contributo allo studio della sclerosi tuberosa. Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. 28, H. 11/12, S. 426.
27. *Dräseke*, Über Verwahrlosung. Therapeutisch-pädagogischer Teil. Vers. norddtsch. Psychiater u. Neurol. 1924, Bericht: Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 40, H. 5/6, S. 351.
28. *Duarte Salcedo*, Zur Tay-Sachsschen Krankheit. (Span.) Med. ibera Bd. 18, Nr. 322, S. 1.
29. *Ducroquet*, *C.*, Maladie de Little et paralysie spasmodique. Etude fonctionelle et thérapeutique. Presse méd. Nr. 10, S. 146.
30. *v. Düring*, *E.*, Der Infantilismus, besonders in der Unterscheidung vom Schwachsinn. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3/4, S. 263.
31. *Edens*, *I.* und *Herderschêe*, Die Anzahl der Schwachsinnigen. (Holländ.) Tijdschr. v. buitengewoon onderweijs. Nr. 8, S. 130.
32. Educational facilities for mentally defective children. Lancet Bd. 207, Nr. 13, S. 666.
33. *Ellis*, *H.*, Die Homosexualität (Sexuelle Inversion). Sexualpsychol. Stud. Bd. 8. Deutsch v. H. Müller, 2. Aufl. Leipzig, C. Kabitzsch. (S. 210*.)
34. *Enge*, Die erzieherischen Aufgaben in der Psychopathenfürsorge unter ärztlichen Gesichtspunkten. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 30, H. 1.
35. *Entres*, *J.*, Die Kinder eklamptischer Mütter, ein Beitrag zur Lehre vom Geburtstrauma. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3/5, S. 258.
36. *Epstein*, *J.*, Amaurotic family idiocy. Med. journ. a. record Bd. 120, Nr. 8, sympos. on neurol. S. 123.
37. *Erdmann*, *L.*, Beitrag zur Differentialdiagnose der juvenilen Form der familiären amaurotischen Idiotie. Ztschr. f. Augenheilk. Bd. 54, H. 1/2, S. 84.
38. *Exner*, *M. I.*, The sex factor in character training. Journ. of soc. hyg. Bd. 10, Nr. 7, S. 385.
39. *Fanconi*, *G.*, Zur Frage des sogenannten infantilen Kernschwundes. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 104, H. 1/2, S. 33.
40. *Feldner*, *I.* und *Lazar*, *E.*, Die psychiatrische Untersuchung kindlicher Ungezogenheiten. Wien. med. Wschr. Nr. 20, S. 999.
41. *Finkbeiner*, *E.*, Eine neue Kretintheorie. (Entgegnung mit Replik von Prof. *Wagner-Jauregg*.) Wien. klin. Wschr. Nr. 35, S. 860.

42. *Derselbe*, Neuere Gesichtspunkte in der Lehre vom Kretinismus. Klin. Wschr. Nr. 13, S. 517.
43. *Fischer*, *B.*, Das Geburtstrauma in seinen Folgen für Gehirn und Säugling. Schweizer med. Wschr. Nr. 40, S. 905. (S. 206*.)
44. *Derselbe*, Die Geburtsschädigung des Gehirns und ihre Folgen. La Medicina germ.-hisp.-amer. H. 11. (S. 206*.)
45. *Fischer*, *H.*, Die Wirkungen der Kastration auf die Psyche. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 94, H. 2/3, S. 275.
46. *Fischer*, *W.*, Der Zahnzustand bei Schwachsinnigen und Normalen. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 1/2, S. 13.
47. *Friedjung*, *I. K.*, Beitrag zum Verständnis der Einschlafstörungen der Kinder. Wien. med. Wschr. Nr. 20. (S. 208*.)
48. *Derselbe*, Zur Kenntnis kindlicher Milieutypen. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 37, H. 1—3, S. 125. (S. 208*.)
49. *Funkhouser*, *W. L.*, Congenital feeblemindedness. Arch. of pediatr. Bd. 41, Nr. 2, S. 125.
50. *Gallo*, *C.*, Osservazioni cliniche sul mongolismo. Pediatria H. 5, S. 269.
51. *Glaßburg*, *J. A.*, Mongolism in successive members of the same family. Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 82, Nr. 15, S. 1196.
52. *Glueck*, *B.*, The concept „nervous child“. Americ. journ. of psychiatry Bd. 3, Nr. 3, S. 515.
53. *Goldbladt*, *H.*, Bruchstücke zur Kenntnis der familiären Mikrocephalie. Arch. f. Psychiatr. Bd. 70, H. 5, S. 579.
54. *Gregor*, *A.*, Ausbildungsfragen im Bereiche der Anstaltsfürsorgeerziehung. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 1, S. 24.
55. *Derselbe*, mit Beiträgen von Else Vogtländer, Leitfaden der Fürsorgeerziehung. Berlin, S. Karger, 184 S. (S. 212*.) 4,80 M.
56. *Derselbe*, Mitwirkung der Psychiatrie in der Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3/4, S. 273.
57. *Derselbe*, Probleme und Aufgaben in der Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 5, S. 404. (S. 208*.)
58. *Grünewald*, *M.*, Die weibliche Geschlechtskälte (Gesundh.-Bücherei f. Frauen, 3). Nürnberg, Burgverlag. 73 S. 2,— M. (S. 211*.)
59. *Gürtler*, *R.*, Das gegenständliche Denken und seine Bedeutung besonders für den Deutschunterricht bei Geistesschwachen. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachs. Jg. 44.
60. *Derselbe*, Triebgemäßer Erlebnisunterricht. Halle a. S. C. Marhold, 2. neubearb. u. erweitert. Aufl. 224 S. 5,— M. (S. 209*.)
61. *Haberda*, *A.*, Naturae frigidae. Beitr. z. ger. Med. Bd. 6. Leipzig-Wien, Deuticke. 161 S.
62. *Hartoch*, *W.*, Sexualpsychologische Studie zur Homosexualität. Aus: Arb. a. d. sexualpsychol. Seminar. Bd. 1, H. 2, Bonn a. Rh. 39 S., 1,50 M. Marcus u. Weber. (S. 211*.)
63. *Hassin*, *G. B.*, A study of the histopathology of amaurotic family

idiocy (infantile type of Tay-Sachs). Arch. of neurol. a. psychiatr. Bd. 12, Nr. 6, S. 640.
64. *v. Hauff*, *W.*, Sexualpsychologisches im alten Testament. (Arb. a. d. sexualpsychol. Seminar.) Bonn, A. Marcus u. E. Weber. 60 S. 2.40 M. (S. 211*.)
65. *Heller*, *Th.*, Über motorische Rückständigkeiten bei Kindern. Ber. üb. d. Kongr. f. Heilpädag. 1924, Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 30, H. 1, S. 1. (S. 207*.)
66. *Derselbe*, Über Willensstörungen bei Kindern. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3/4, S. 221. (S. 208*.)
67. *Herzig*, *E.*, Zur Psychopathologie der sogenannten moral insanity. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 39, S. 205.
68. *Higier*, *H.*, Fürsorge für minderwertige Kinder. (Poln.) Warszawskie czasopismo lekarskie Nr. 5, S. 188.
69. *Derselbe*, Klinik der selteneren frühinfantil erworbenen Demenzformen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. Bd. 88, S. 296.
70. *Hirschfeld*, *M.*, Geschlechtskunde, Lief. I—V. je 1,50 M. Stuttgart, J. Püttmann. S. 1—320. (S. 210*.)
71. *Homburger*, *A.*, Die seelische Differenziertheit als heilpädagogische Frage und Aufgabe. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 30, H. 1, S 11. (S. 209*.)
72. *Derselbe*, Die heilpädagogische Beratungsstelle in Heidelberg. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 4, S. 261. (S. 209*.)
73. *Hoenig-Siedersleben*, *Chr.*, Die Ableitung der seelischen Geschlechtsunterschiede aus Trieben und Instinkten. Mtschr. f. Psychiatr. u. Neur. Bd. 56, H. 5/6, S. 347. (S. 211*.)
74. *Hoppe*, *L.* and *Clay*, *G.*, Amaurotic family idiocy with report of a case in a gentile. Arch. of pediatr. Bd. 41, Nr. 6, S. 389.
75. *Hoven*, Le dépistage précoce des anormaux. Arch. med. belges Nr. 9, S. 749.
76. *Hughes*, *R.*, The problem of the mentally defective child. Child Bd. 14 Nr. 8, S. 225.
77. *Jakob*, *K.*, Über pyramidale und extrapyramidale Symptome bei Kindern und über motor. Infantilismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, H. 4/5, S. 458.
78. *Jeßner*, *S.*, Körperliche und seelische Liebe. Leipzig, C. Kabitzsch. 445 S. 12,— M. (S. 211*.)
79. *Ilberg*, *G.*, Psychische und nervöse Erkrankungen bei Jugendlichen, Neue Jahrbücher, 2. Abt., Bd. 54, H. 2, S. 81.
80. *Jourdan*, *K.*, Einrichtung eines Jugendamts nach dem RIWG. in Stadt und Land unter besonderer Betonung der Amtsvormundschaft. Langensalza, Beyer u. Söhne. 805 S. 1,40 M. (S. 209*.)
81. *Isserlin*, Fragen der heilpädagogischen Ausbildung. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 5, S. 363.

82. *Kastan, M.*, Motorische Störungen bei Psychopathen nach Grippe. Dtsch. med. Wschr. Nr. 43, S. 1472.
83. *Kehrer, F.*, Über Wesen und Ursachen der Homosexualität. Dtsch. med. Wschr. Nr. 19, S. 593.
84. *Kellner*, Sprachstörungen der Schwachsinnigen. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachs. Nr. 5, S. 67.
85. *Krafft-Ebing*, bearb. v. *Moll*, Psychopathia sexualis, 16. u. 17. Aufl. Stuttgart, Enke. 832 S. 24,— M. (S. 210*.)
86. *Kramer, Fr.*, Eingliederung des Unterrichts über die Psychopathologie des Kindes- u. Jugendalters in das akademische Studium. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 1, S. 12.
87. *Krarup, Fr.*, Hypnoide Handlungen, Amnesie, Wiedererinnerung durch Hypnose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 638. (S. 208*.)
88. *Kraus, E.* und *Holzer, H.*, Über Beziehungen zwischen Gehirn, Schilddrüse und Körperwachstum. Virch. Arch. Bd. 251, S. 253. (S. 207*).
89. *Kristensen, K.*, Ätiologie des Mongolismus. (Dän.) Ugeskrift f. laeger Nr. 11, S. 223.
90. *Kronfeld*, Über die Beziehungen zwischen Sexualität und organischen Nervenkrankheiten. Ztschr. f. Sexualwiss. Bd. 11, H. 11.
91. *Lauche, A.*, Zur Histologie der Knochenwachstumsstörungen beim Mongolismus. Virch. Arch. Bd. 249, S. 315.
92. *Lemaire, H.*, Mongolisme et syphilis héréditaire. Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. 22, Nr. 1, S. 11.
93. *Leredde*, La syphilis ignorée de l'enfance. Le problème de l'arriération mentale. Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Nr. 6, S. 295.
94. *v. d. Leyen, R.*, Die Eingliederung der Psychopathenfürsorge in die Ausbildung der Jugendwohlfahrtspflegerinnen. Ztschr. f. Kinderf. Bd. 29, H. 1, S. 71.
95. *Lückerath*, Die Erziehung männlicher Psychopathen in den Anstalten. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 30, H. 1, S. 23. (S. 209*.)
96. *Lustig, W.*, Welches Interesse hat das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz für den Ärztestand? Dtsch. med. Wschr. Nr. 27, S. 919. (S. 209*.)
97. *Lyon, E.*, Heilpädagogisches Erholungsheim. Ein Beitrag zur Typenbildung psychopathischer Jugendlicher. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 2, S. 75.
98. *Marinesco, G.*, Contribution à l'étude des lésions du myxoedème congénital. (Idiotie myxoedémateuse de Bourneville.) Encéphale Nr. 5, S. 265. (S. 206*.)
99. *Derselbe*, Contribution à l'étude anatomo-clinique et à la pathogénie de la forme tardive de l'idiotie amaurotique infantile. Journ. f. Psychol. u. Neur. Bd. 31, H. 3/4, S. 210. (S. 207*.)

100. *Meseck, H.*, Tuberkulöse eitrige Meningitis bei einem mongoloiden Idioten. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 28, H. 4, S. 343.
101. *Mißriegler, A.*, Homosexuality. (The organic constitution.) Journ. of sexol. a. psychoanal. Bd. 2, Nr. 3, S. 270.
102. *Muller, F. P.*, Die Sexualität. (Holl.) Psychiat. en neurol. bladen Nr. 5 (*Jelgersma*-Nr.), S. 343.
103. *Naito, H.*, Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der tuberösen Sklerose. Arch. f. Psychiatr. Bd. 70, H. 5, S. 545.
104. *Noble, R. A.*, Some observations on the treatment of the feeble-minded in Great Britain and America. Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 2, S. 31.
105. *Noïca* et *Bagdasar*, Phénomènes cérébelleux dans un cas d'hémiplégie infantile. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Bucarest Nr. 2, S. 21.
106. *Noiszewski, K.*, Familiäre amaurotische Idiotie. Klinika Oczna Bd. 2, S. 18.
107. *Ostertag, B.*, Amaurotische Idiotie mit Entwicklungsstörungen des Gehirns und Kleinhirnatrophie. Berl. Ges. f. Psychiatr. u. Neur. 14. 7. 1924. Bericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 39, H. 3—4, S. 190.
108. *De Paoli, M.*, Ulteriori contributi allo studio della microcefalia pura. Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. H. 1/2, S. 67.
109. *Paull, H.*, Über den Parallelismus von körperlicher und geistiger Entwicklung. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 526 u. Nr. 40, S. 1393. (S. 207*.)
110. *Pfaundler, M.* Über die Entstehungsbedingungen von endemischem Kropf und Kretinismus. Jb. f. Kinderhk. Bd. 105, S. 223.
111. *Pick, A.*, Über längeren Stillstand der kindlichen Sprachentwicklung im Stadium der Echosprache (Echolalie) mit schließlich günstigem Ausgang. Med. Klin. Nr. 21, S. 706.
112. *Pogorschelsky, H.*, Mongolismus bei Geschwisterkindern. Monatsschr. f. Kinderhk. Bd. 28, H. 1, S. 65.
113. *de Quervain, F.*, Crétinisme, états hypothyroïdiens et système nerveux. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 14, H. 1, S. 3.
114. *Raecke*, Beitrag zur sozialen Psychiatrie: Beobachtungen an den Insassen eines Mädchenschutzhauses. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 4, S. 415.
115. *Redepenning*, Aus der Provinzial-Erziehungsanstalt in Göttingen. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3/4, S. 280.
116. *Rehm, O.*, Psychiatrische Untersuchungen an Fürsorgezöglingen. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 30, H. 1, S. 35. (S. 208*.)
117. *Derselbe*, Über Verwahrlosung. Sozialer Teil. Vers. nordd. Psych. u. Neur. 1924. Ber.: Ztlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 40, H. 5/6 S. 350.

118. *Reyher, P.*, Über prämatur-synostotische Stenocephalie beim Kinde (zugleich ein Beitrag zur Indikationsstellung für die Entlastungstrepanation). Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 37, H. 5—6, S. 283.
119. *Robinson, W. I.*, Sexual continence and its influence on the physical and mental health of men and women. Journ. of sexol. a. psychoanal. Bd. 1, N. 2, 3, 6, S. 121, 233, 569 u. Bd. 2, Nr. 1, S. 5.
120. *Rohleder*, Zur Hodenüberpflanzung. D. med. Wschr. Nr. 51, S. 1796.
121. *Rosenberg, L.*, Die späteren Schicksale der mongoloiden Kinder. Wien. med. Wschr. Nr. 47, S. 2503. (S. 206*.)
121 a. *Ruata*, Sulla cura dell' idiozia mixedematosa. Riv. sperim. di frenet. Vol. 48, fasc. I/II. (S. 206*.)
122. *Runge*, Über Verwahrlosung. Klinischer Teil. Vers. nordd. Psychiater u. Neurol. 1924. Bericht: Ztlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 40, H. 5/6, S. 348.
123. *Rutgers, J.*, übers. v. *Haire, N.*, The sexual life in its significance as a dominant factor of vitality in man and woman and in plants and animals. Dresden, R. A. Giesecke, 493 S. 9,— M.
124. *De Sanctis, F.*, Per l'assistenza dei fanciulli anormali educabili. Infanzia anorm. Nr. 1, S. 1.
125. *Scherk, G.*, Zur Psychologie der Eunuchoiden. (Kl. Schriften zur Seelenforsch., H. 12) Stuttgart, J. Püttmann, 24 S. (S. 212*.) 1.20 M.
126. *Schob, F.*, Congenitale, früh erworbene und heredofamiliäre organische Nervenkrankheiten (in: spez. Path. u. Ther. inn. Krankh. herausg. v. *Kraus* u. *Brugsch* Bd. X, Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg).
127. *Schröder*, Schwer erziehbare Kinder. Wien. med. Wschr. Nr. 3. (S. 208*.)
128. *Schüller, A.*, Der hypophysäre Typus der sexuellen Impotenz. Wien. klin. Wschr. Nr. 40. (S. 207*.)
129. *Schwartz, Ph.*, Erkrankungen des Zentralnervensystems nach traumatischer Geburtsschädigung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 3—5, S. 263. (S. 205*.)
130. Derselbe, Traumatische Schädigung des Gehirns bei der Geburt u. Pathologie des frühesten Kindesalters. Dtsch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1375. (S. 205*.)
131. *Schwartz*, Bericht über die Ergebnisse der neurologisch-psychiatrischen Untersuchungen an Fürsorgezöglingen der Provinz Sachsen in den Jahren 1920—22 u. 1922—23. Auszug: Psychiat.-Neurol. Wschr. Jg. 26, Nr. 27—28, S. 141. Auch Zschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 5, S. 314.
132. *Schwarz, O.*, Liebe, Sexualität und Gesellschaft. Internat. Zeitschr f. Individ. psychol. Nr. 6.
133. Derselbe, Sexualpathologie. Wien. klin. Wschr. Nr. 37, S. 887.
134. *Senf, M. B.*, Homosexualisierung. (Abhdl. a. d. Geb d. Sexualforsch. Bd. 4, H. 3.) Bonn, Marcus und Weber, 74 S. (S. 212*.) 3.60 M.
135. *Serog, M.*, Das nervöse Kind und seine Erziehung. (Gesundh.büch. f. Erzieh.) Nürnberg, Burgverlag. 40 S. 2,— M. (S. 207*.)

136. *Siemens, H. W.*, Die Erblichkeitsfrage beim Kropf. Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1789. (S. 206*.)
137. Derselbe, Zur Ätiologie des Turmschädels nebst Mitteilung einer dermatologischen Methode zur Diagnose der Eineiigkeit bei Zwillingen. Virch. Arch. Bd. 253, H. 3, S. 746. (S. 206*.)
138. *Simonic, A.*, Die Gruppenauffassung als Intelligenzfaktor. (Versuche an einem Schwachbefähigten.) Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3/4, S. 252.
139. *Soecknick, A.*, Kriegseinfluß auf jugendliche Psychopathen. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 172.
140. *Sterzinger, O.*, Begabungsuntersuchungen an Hilfsschülern. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3/4, S. 240.
141. *Stier, E.*, Die Behandlung psychopathischer Kinder. (Span.) Med. germ.-hisp.-americ. Nr. 6, S. 496.
142. Derselbe, Über das gewohnheitsmäßige nächtliche Kopfschütteln der Kinder. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, H. 1—2, S. 212.
143. *Stransky, E.*, Über Ehescheu. Wien., M. Perles, 15 S. 0,65 M. (S. 211*.)
144. *Strecker, E.* und *Ebaugh, F.*, Neuropsychiatric sequelae of cerebral trauma in children. Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 12, N. 4, S. 443.
145. *Suttie, J.*, Two cases illustrating the conception of moral imbecility. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 291, S. 612.
146. Derselbe, Moral imbecility. Journ. of ment. science Bd. 70, Nr. 290, S. 362.
147. *Talbot, F.*, Studies in growth. III. Growth of untreated mongolien idiots. Americ. Journ. of dis. of childr. Bd. 28, Nr 2, S. 152.
148. *Talbot, Sollgruber* und *Hendry*, Calorimetrische Untersuchungen an kindlichen Kretinen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 37, H. 1—3, S. 98.
149. *Thacher, C.*, Das EKG. beim Kretinismus und mongoloider Idiotie. Americ. journ. of dis. of childr. Bd. 28.
150. *Theissen, A.*, Eine Mehrleistung auf dem Gebiete des Gedächtnisses bei einem Schwachsinnigen. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 3, S. 198.
151. *Thomas, E.* und *Delhougne, E.*, Schilddrüsenbefunde bei Mongolismus. Monschr. f. Kinderhk. Bd. 28, H. 6. (S. 206*.)
152. *Thomson, J.*, On the symptoms and home treatment of mentally defective infants and young children. Edinburgh med. journ. Bd. 31, Nr. 5, S. 285.
153. *Torchiana, L.*, Contributo allo studio delle psicopatie sessuali: Di un raro caso di bestialità. Osservazione clinica. Arch. di antropol. crim. psichiat. e med. legale Bd. 44, H. 2, S. 146.
154. *Tramer, M.*, Einseitig talentierte und begabte Schwachsinnige. Schweiz. Zeitschr. f. Gesundhpfl.
155. *Tredgold, A.* u. a., Discussion on the prevention of mental deficiency. Brit. med. journ. Nr. 3321, S. 316.

155 a. *Ugolotti, F.*, Existe il tipo di cervello microcefalico? Riv. sperim. di frenet. fasc. III/IV. (S. 206*.)
156. *Urechia, C.* et *Mihalescu, S.*, Sur un cas de démence infantile. Arch. d. neurol. Teil Nr. 1, S. 1.
157. *Valkema Blouw, H.*, Homosexualität (Holl.) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. 1. Hälfte, Nr. 14, S. 1501.
158. *Veldhuijzen, W.*, Die feststehenden Punkte in der Lehre der sexuellen Erziehung 1905—1924 (Holl.) Sex. hyg. Bd. 3, H. 3, S. 153.
159. *de Vries, E.*, Etwas über Typenunterschiede bei Zurückgebliebenen. (Holl.) Tijdschr. v. buitengewoon onderwijs Nr. 8, S. 125.
160. *Watson, Ferguson* and *Gibson*, Sporadic, cretinoid amentia: Three cases in one family. Journ. of mental science Bd. 70, Nr. 290, S. 423.
161. *Weil, A.*, Sprechen anatomische Grundlagen für das Angeborensein der Homosexualität? Arch. f. Frauenk. u. Konstitut.forsch. Bd. 10, H. 1, S. 23.
162. *Weiß, M.* and *Izgur, L.*, Syphilis as a factor in the etiology of mental deficiency. Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 82, Nr. 1, S. 12.
163. *Wimmer, A.*, Etudes sur les syndromes extra-pyramidaux-IV. Les syndromes striés dans les encéphalopathies infantiles congénitales. Rev. neurol. Teil II, Nr. 4, S. 316.
164. *Winkler, J.*, Einige Bemerkungen über Mikrogyrie (Holl.) Psychiat. en Neurol. Bladen Nr. 1 u. 2, S. 10.
165. *Wolff*, Über den Ursprung der Intersexualität beim Menschen. Arch. f. Frauenk. u. Konstit.forsch. Bd. 10, H. 2, S. 156.
166. *Zawialoff, E.*, Zur Frage über die Eigenartigkeiten der Einbildungsvorgänge bei moralisch-defekten Kindern. (Russ.) Ztschr. f. Psychol. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 4, S. 19.

Die bedeutende Arbeit von *Schwartz* (129, 130) bringt zunächst Bemerkungen über Entwicklung und normalen Bau des menschlichen Nervensystems. Dann werden die Erweichungserscheinungen im Großhirnmark der Neugeborenen besprochen: herdförmige und diffuse Auflösungsprozesse, herdförmige und diffuse Auflockerungsprozesse, wobei möglichst viel Stadien vom Beginn bis zur Organisation eingehend geschildert werden. Anschließend werden die Veränderungen der Ganglienzellager besprochen, ein besonderes Kapitel ist der Entstehung von angeborenen Defekten und Mißgestaltungen des Gehirns gewidmet. Weitere Kapitel handeln von den *Virchow*schen Befunden im Zentralnervensystem des Neugeborenen, von Trauma-, Infektions- und Vergiftungsfolgen, von den Vorgängen nach traumatischen Schädigungen, wobei die Veränderungen in den Ganglienzellen, an den Achsenzylindern, an der retikulären Grundsubstanz gesondert besprochen werden. Die große Bedeutung der Arbeit beruht nicht nur darin, daß *Schw.* nachgewiesen hat, daß das bisher vielfach unterschätzte Geburtstrauma unter den Ursachen der Idiotie doch eine große Rolle spielt, sondern auch darin, daß die Kenntnis der Entstehung zahlreicher Defektzustände des Gehirns, der

Porencephalie, der Sklerosen durch die außerordentlich sorgfältigen Untersuchungen ganz wesentlich gefördet worden ist. Mit der Bedeutung des Geburtstraumas beschäftigten sich auch die Arbeiten von *B. Fischer* (43, 44).

Aus den Ergebnissen der interessanten Untersuchungen von *Siemens* (137) sei folgendes hervorgehoben: Es gibt Formen von Turmschädel, die nicht in entscheidender Weise erblich bedingt sind, da er sie bei eineiigen Zwillingen viermal diskordant und nur einmal konkordant antraf. Zwillingsschwangerschaft scheint überhaupt die Disposition zu Turmschädel zu erhöhen. Die Befunde zeigen auch, daß Menschen mit gleicher Anlage recht verschiedene Schädel aufweisen können; die paratypische Schädelverbildung kann auch den Gesichtsschädel in Mitleidenschaft ziehen; auch eineiige Zwillinge können daher einander unähnlich sein. Die Diagnose auf Eineiigkeit kann viel sicherer aus bestimmten dermatologischen Zeichen gestellt werden. Wahrscheinlich können auch bei eineiigen Zwillingen zwei Plazenten und selbst zwei Chorien vorhanden sein.

Ruata (121 a) sah Besserung bei einem myxödematösen Idioten nach Thyreoidinkur. Doch trat nach 4 Monaten eine Verschlechterung auf. Er ging dann auf eine polyglanduläre Behandlung über, worauf sich wieder wesentliche Besserung einstellte. Seine Schlußfolgerung ist: Jede endokrine Drüse ist durchaus kein unabhängiges Organ, sondern besitzt intime Verbindungen mit den übrigen Drüsen, mit welchen es gemeinschaftlich das endokrinisch-sympathische System bildet. (*Révész-Sibiu.*)

Ugolotti (155 a) frägt sich, ob das mikrocephale Gehirn des Menschen einfach ein im fötalen Leben stehengebliebenes oder einen atavistischen Rückschlag bietendes Gehirn ist, was nach ihm eigentlich dasselbe ist. Auf Grund von Eigenbeobachtungen sagt er, daß das mikrocephale Gehirn kein menschliches en miniature, sondern ein Affengehirn ist. (*Révész.*)

Marinesco (98) beschreibt klinisch und pathol.-anat. einen Fall von kongenitalem Myxödem. Mehrere Mikrophotographien ergänzen die Arbeit. *M.* betont hauptsächlich die Hypothermie infolge von Mangel der Schilddrüse; die Folge ist Mangel an intrazellulärer Oxydation und die für die Krankheit charakteristische Stoffwechselveränderung. (*Révész.*)

Nach *Siemens* (136) gibt es Formen des sporadischen Kropfes, die streng erblich bedingt sind; in den bis jetzt veröffentlichten Fällen erwies sich der Erbgang als dominant-geschlechtsbegrenzt mit Beschränkung auf das weibliche Geschlecht. Dem endemischen Kropfe der Münchner Schulkinder liegt eine erbliche Disposition zugrunde, die auf zwillingspathologischem Wege nachweisbare, individuelle Unterschiede aufweist. Durch Anwendung der gleichen zwillingspathologischen Methodik in den typischen Endemiegebieten könnte man prüfen, ob die Münchner Erfahrungen sich auf den endemischen Kropf im ganzen verallgemeinern lassen. Fallen diese Prüfungen bejahend aus, so könnte man auf eine idiodispositionelle Natur des endemischen Kretinismus schließen. *Thomas* und *Delhougne* (151) konnten in drei Fällen von Mongolismus hinsichtlich des histologischen Bildes sowie bezüglich des Jodgehaltes der Schilddrüse normales Verhalten feststellen. Während nach *Rosenberg* (121) Mongoloide im ersten Le-

bensjahre in Polikliniken häufig sind, nimmt die Zahl vom 2. bis 3. Jahre stark ab. Gründe sind die erhöhte Morbidität und Mortalität, Überweisung von mongoloiden Kindern in Anstalten, endlich der Umstand, daß namentlich in leichteren Fällen bei längerer Lebensdauer die körperlichen Kennzeichen des Mongolismus mehr und mehr zurücktreten können. Nach *Heller* (65) gibt es Kinder, bei denen die motorischen Fähigkeiten schwer beeinträchtigt sind, während die geistige Entwicklung in ungleich rascherer Weise fortschreitet. Die motorische Rückständigkeit leicht Schwachsinniger läßt sich in folgende Formen teilen: Formen mit Zurückbleiben der gesamten Motorik, Fälle mit partieller Rückständigkeit. Die letztere Form kommt auch bei hochbegabten Kindern vor. (Unfähigkeit zu schreiben, zu zeichnen, Fehlen normaler Spielfreude, Mangel an Takt und Rhythmus.) *Kraus* und *Holzer* (88) fanden bei einer 40jährigen Idiotin mit Zwergwuchs neben Wachstumsanomalien Hypoplasie des Stirnhirns und Verödung der Schilddrüse. Auch in zwei anderen Fällen von Idiotie mit schweren, offenbar angeborenen Gehirnmißbildungen waren die Schilddrüsen pathologisch verändert. Nach *Schüller* (128) kann man aus Tierversuchen den Schluß ziehen, daß Fehlen des Vordcrlappen der Hypophyse aplastische, Schädigung des Zwischenlappens degenerative Veränderungen in den Keimdrüsen bewirkt. Bestimmte Teile der Hypophyse und bestimmte nervöse Zentren am Boden des dritten Ventrikels beeinflussen sicher die Genitaltrophik. Zumeist sind die Genitalstörungen mit Fettsucht kombiniert. Bei Akromegalie und Riesenwuchs bleiben die Geschlechtsdrüsen nicht selten jahrelang funktionsfähig; bei Hypopituitarismus spielen die Störungen von seiten der Sexualsphäre eine dominierende Rolle. Bei der pluriglandulären Insuffizienz fehlen Ausfallerscheinungen von seiten der Keimdrüsen niemals. Zu den atypischen Fällen ist der Mongolismus zu rechnen. Die Arbeit gibt einen lesenswerten Überblick über die Bedeutung der Hypophyse für die Keimdrüsen. Nach *Paull* (109) zeigen die höherbegabten Schüler im allgemeinen auch höhere Werte an Körpergewicht und Körpergröße, es besteht ein Parallelismus von körperlicher und geistiger Entwicklung

Marinesco (99) beschreibt eingehend einen Fall von infantiler amaurotischer Idiotie, der sich nicht wesentlich von der *Tay-Sachs*schen Form unterscheidet. Die Unterschiede stehen in Verbindung mit den physikalisch-chemischen Eigenschaften der Neurose in verschiedenen Lebensaltern. Was die juvenile Form auszeichnet, ist: 1. Die Nervenzellen sind weniger verdickt als in der *Tay-Sachs*schen Form. 2. Eine spezielle Läsion der Neurofibrillen, die derjenigen beim *Alzheimer*schen Typus der Dementia senilis ähnelt. Die so veränderten, übrigens argentophilen Neurofibrillen findet man in der ganzen Hirnrinde, mit Ausnahme des Ammonshornes, hauptsächlich aber in der Fissura calcarina und im Okzipitallappen. *M.* betrachtet als das Wesen beider Krankheiten eine Autoproteolyse und Lipolyse mit Gleichgewichtsstörung der Enzyme. (*Révész.*)

Serog (135) gibt in seinem kleinen Buch eine zutreffende Schilderung des nervösen Kindes und bespricht die Behandlung, wobei mit Recht besonderer Wert auf die Gemütsbildung gelegt wird. Nach *Bossert* (13) muß bei Beantwortung der Frage: Was wird im späteren Leben aus den spasmophilen Kindern?

eine Trennung in zwei Gruppen gemacht werden: 1. solche mit ausgesprochener Spasmopholie, 2. solche mit lediglich elektrischer und mechanischer Übererregbarkeit bzw. passagerer Spasmophilie nach Infektionskrankheiten. Üble Folgeerscheinungen beziehen sich in erster Linie auf Kinder der ersten Gruppe. *Friedjung* (47) zeigt an einigen Beispielen von Einschlafstörungen von Kindern, wie verschieden diese Schlafstörungen psychologisch motiviert sind. Nach *Heller* (66) sind Willensstörungen bisweilen durch tiefgehende intellektuelle Schädigungen bedingt. Bei Psychopathen aber scheint die Willensstörung vielfach selbst die Ursache psychischer Dissoziation zu sein. Besprochen werden die Willensstörungen bei Imbezillen, Debilen und Psychopathen. Unter den Behandlungsmethoden muß Arbeitstherapie im Vordergrunde stehen. *Krarup* (87) zeigt an der Hand von zwei Krankengeschichten psychopathischer Individuen, wie bisweilen in der Hypnose amnestische Zustände behoben werden können.

Rehm (116) berichtet über Untersuchungen an 207 Knaben und 150 Mädchen. Unter den prostituierten Jugendlichen waren auffällig viel unehelich geborene, bei 58 % der Mädchen war der Verwahrlosung Geschlechtsverkehr vorausgegangen. Auch unter Schulkindern ist sexueller Verkehr nicht selten. Gewohnheitsmäßiger Alkoholgenuß war häufiger bei den vielfach in Vergnügungsstätten umhergeschleppten Mädchen. Verf. teilt die Psychopathien in drei Gruppen ein: 1. solche mit Denkstörungen, 2. willensschwache, 3. gemütsgestörte. Notwendig sind Beobachtungsheime, in denen die erstmalig zur Verfügung des Jugendamtes kommenden Jugendlichen und Kinder pädagogisch und psychiatrisch beobachtet werden können. *Friedjung* (48) zeigt an einer Reihe interessanter Fälle die Bedeutung besonderer Milieuverhältnisse für das Zustandekommen psychischer Störungen bei disponierten Kindern: Typus des einzigen Kindes, das auf der einen Seite mit Liebe übersättigt, auf der andern in grausamer Weise eingeengt wird; einziger Sohn der Witwe oder verlassenen Frau; einzige Tochter des Witwers; spätgeborene Kinder; Typus des geliebten und ungeliebten Kindes; das umkämpfte Kind geschiedener Eltern; die besondere Lage des mittleren Kindes usw. An der Hand von 30 Krankengeschichten zeigt *Born* (12), daß bei Psychopathen unter der Einwirkung der Wohnungsnot eine deutliche Verschlechterung hervorgerufen werden kann, depressive Verstimmungen bei Haltlosen, Erregungszustände mit Gewalttätigkeiten bei Reizbaren usw. Vorbeugend können hier vor allem die Fürsorgestellen für Gemüts- und Nervenkranke wirken. In seinem kurzen Vortrage gibt *Schröder* (127) einen Überblick über die psychischen Anomalien, die Erziehungsschwierigkeiten bereiten, wobei neben dem angeborenen Schwachsinn besonders die verschiedenen Formen der psychopathischen Konstitution behandelt werden. Nach *Gregor* (57) ist die Tatsache, daß viele Fürsorgezöglinge abnorm sind, jetzt mehr und mehr anerkannt. Die Mehrzahl der Verwahrlosten sind psychopathische Individuen. Aus der Besonderheit der Tat eines Individuums läßt sich nicht ohne weiteres seine psychopathische Konstitution erkennen. Gewisse, namentlich sexuelle Triebhandlungen, homosexuelle Akte, tendenziöse Lügen sind aber fast typisch für Psychopathie. Hinsichtlich des Charakters beschränkt sich der Arzt in der Für-

sorgeerziehung darauf, die Merkmale der Persönlichkeit zu fixieren, welche einerseits das praktische Handeln des Zöglings bestimmen, andererseits Angriffspunkte für erzieherische Maßnahmen bieten. Der Erzieher muß die Konstellation von Charaktereigenschaften, die im einzelnen nicht wesentlich zu ändern sind, derart zu gestalten suchen, daß der Erziehungszweck erreicht wird. Unter den Unerziehbaren überwiegen gewisse Formen der Haltlosen und die angeborenen Verbrecher. Zu verwahren sind Personen, die infolge ihrer seelischen Konstitution verwahrlosen oder eine soziale Gefahr bilden; auch Verwahrungsanstalten sind in ihrer Einrichtung den Erziehungsanstalten anzugleichen. Für den Erzieher in der Fürsorgeanstalt ist akademische Vorbildung notwendig. *Lückerath* (95) gibt einen Überblick über die Erziehungsmethoden in seiner Anstalt. Das Wesentliche ist, die Zöglinge an Zucht und Ordnung, Gehorsam und Arbeit zu gewöhnen. Notwendig sind gute Körperpflege, Erziehung zur Reinlichkeit, körperliche Bewegungen, Spiele; Strafen werden nur selten angewandt. Durch das Beobachtungshaus gehen alle Neuaufnahmen hindurch. Ein besonderes Psychopathenhaus für Schwererziehbare verfügt ebenfalls über Arbeitsgelegenheiten. Erforderlich ist auch ärztliche Behandlung der zahlreichen nervösen Störungen. *Homburger* (72) berichtet über die vorbildlich eingerichtete heilpädagogische Beratungsstelle in Heidelberg. Auf enge Zusammenarbeit von Arzt und Schule wurde von vornherein besonderer Wert gelegt. Das Milieu, die Eltern wurden eingehend erforscht und bei der Beratung das Schwergewicht von vornherein nach der erzieherischen Seite hin verlegt. Besondere Schwierigkeiten bereiteten in der Nachkriegszeit die Jugendlichen. In enger Zusammenarbeit geht die Beratungsstelle auch mit dem Jugendamt, mit dem Schulamt, dem Schularzt, dem Jugendgericht. Unter Differenziertheit versteht *Homburger* (71) den Grad und die Stufe, die der Einzelne hinsichtlich der Gesamtheit des Fortschreitens in der Entwicklung des geistig-seelischen Lebens vom Einfachen zum Vielgestaltigen und vom oberflächlichen Erfassen zum beziehungsreichen vertieften Erfassen besitzt. In ihr bekundet sich der seelische Reichtum und die Verfeinerung der Erlebnisweise und -möglichkeiten. Erhöhte Differenziertheit kommt schon bei Kindern vor, sowohl der höheren wie der niederen Klassen. Sie ist deutlich zu unterscheiden von Altklugheit und oberflächlicher Scheindifferenziertheit. Diese erhöhte Differenziertheit ist nicht vom Alter, sondern von der inneren Anlage abhängig. Sie kann sich bald mehr auf intellektuelle Faktoren, bald mehr auf affektive Erlebnisweisen, bald auf beide zugleich beziehen. Bei Psychopathen kann sie auch große Qualen bereiten. Bei den Psychopathen muß der Heilpädagog hier gewisse Gegengewichte schaffen.

Jourdan (80) gibt eine ansprechend geschriebene Anleitung für Einrichtung von Jugendämtern, während *Lustig* (96) eine Besprechung der besonderen Aufgaben, die für den Arzt nach dem neuen Jugend- und Wohlfahrtsgesetz erwachsen, bringt. Das bekannte Werk von *Gürtler* (60) liegt in zweiter erweiterter Ausgabe vor. Es enthält folgende vier Kapitel: Naturgemäßer Anschauungsunterricht bei Geistesschwachen auf der untersten Stufe im Anschluß an die Triebtätigkeit; triebgemäßer Erlebnisunterricht bei Geistesschwachen; entwicklungs-

treuer Sonderunterricht auf Grundlage der Eigentätigkeit des schwachsinnigen Kindes; das gegenständliche Denken und seine Bedeutung besonders für den Deutschunterricht bei Geistesschwachen. Wenn das Buch in erster Linie für den Heilpädagogen berechnet ist, so bietet es darüber hinaus für jeden Erzieher und weiter für jeden, der Interesse für das Problem der Arbeitsschule hat, wertvolle Anregungen. Die „*Badischen Anstaltsblätter*“ (4) enthalten neben einführenden Worten *Gregors* noch eine weitere Reihe kleiner, anregend geschriebener Aufsätze von *Kast*, *Hublow*, *Beck*, *Wohlfahrt*, *Schell*.

In dankenswerter Weise hat sich *Moll* der Aufgabe unterzogen, das altbekannte Werk *Kraft-Ebbings* (85) einer vollkommenen Neubearbeitung zu unterziehen. Wenn *Moll* nach Möglichkeit die Grundlagen der Arbeit und die Stoffeinteilung beibehalten hat, so hat er bei der Neubearbeitung doch eingehend die gewaltige Fülle neuer Tatsachen, insbesondere auch die großen Fortschritte auf dem Gebiete der inneren Sekretion berücksichtigt; wo die alte Darstellung mit den heutigen Anschauungen nicht mehr vereinbar ist, sind die betreffenden Kapitel vollkommen umgearbeitet worden, so die Abschnitte über Exhibitionismus, über Pädophilie, Zoophilie, konträre Sexualempfindung, Homosexualität. Die Zahl der Kapitel ist von 6 auf 22 vermehrt worden. Wenn man das Buch aufmerksam durchliest, so gewinnt man den Eindruck, daß *Moll* bei aller pietätvoller Schonung des Alten außerordentlich viel Eigenes hinzugegeben hat. Ich brauche da nur auf die zahlreichen mitgeteilten Eigenbeobachtungen des Verfassers hinzuweisen. Jedenfalls hat das Buch durch *Moll* eine Umarbeitung erfahren, durch die es auch für die Jetztzeit in seinem Werte wesentlich wieder erhöht wird. — Als Achter Band der sexualpsychologischen Studien liegt in 2. Aufl. die Homosexualität des bekannten englischen Forschers *Havelock Ellis* (33) vor. In der Einleitung wird kurz über Homosexualität bei Tieren, bei primitiven Menschenrassen, bei verschiedenen Gesellschaftsklassen, bei verschiedenen Rassen und in verschiedenem Klima und in der Geschichte berichtet. In den folgenden 6 Kapiteln wird die Geschichte der Lehre von der geschlechtlichen Inversion, die geschlechtliche Inversion beim Manne, beim Weibe, das Wesen der geschlechtlichen Inversion, die Theorien und endlich Vorbeugung, Behandlung und gesetzliche Bekämpfung behandelt. Zwei Anhangskapitel befassen sich noch besonders mit der Homosexualität bei Landstreichern und mit den Schulfreundschaften der Mädchen. Zahlreiche Krankengeschichten sind eingefügt. *Müller-Dösen* hat sich ein großes Verdienst dadurch erworben, daß er das Buch durch eine gute Übersetzung auch einem weiteren deutschen Leserkreise zugänglich gemacht hat. — Von der Geschlechtskunde von *Magnus Hirschfeld* (70) liegen 5 Lieferungen vor. Die 7 darin enthaltenen Kapitel behandeln: Begriff und Umfang der Geschlechtskunde, die körperliche Geschlechtlichkeit, Geschlechtsverfolgung; asketische Weltanschauung. Die Enthaltsamkeitsfrage vom Standpunkte der sexuellen Hygiene, die menschliche Geschlechtsnot. Sexuelle Aufklärung und sexueller Aberglaube. Schädliche Einflüsse auf das Geschlechtsleben. Erziehung zur Natürlichkeit, Kindheit und Geschlechtlichkeit. Das wahre

Wesen der Selbstbefriedigung; die sexuelle Einsamkeit. Das Werk ist in erster Linie für Laien bestimmt; es soll nicht verkannt werden, daß das Buch zahlreiche gute und richtige Gedanken enthält, auf der anderen Seite aber wird der wissenschaftliche Wert auch durch schiefe Auffassungen und Übertreibungen beeinträchtigt. — Wie *Jeßner* (78) selbst betont, bezweckt er mit seinem Buche in gemeinverständlichem Tone das Wesentliche über Ziel und Wege, Freud und Leid des Geschlechtstriebes vor den Lesern aufzurollen, ohne dabei wissenschaftlichen Problemen aus dem Wege zu gehen. Während die ersten Kapitel die Frage der Fortpflanzung, die Entwicklung des Sexualtriebes im Kindesalter, die Pubertät, die pathologischen Erscheinungen des Geschlechtslebens, die Geschlechtskrankheiten behandeln, sind die letzten Kapitel im wesentlichen der Sexual-Ethik, der Ehe und ihren Fehlern, der sexuellen Hygiene, der Eugenik, der Sexualpädagogik gewidmet. *J.* hat die Aufgabe, die er sich gestellt, mit Geschick und vornehmem Takt gelöst.

Aus dem Sexualpsychologischen Seminar von *W. Liepmann*-Berlin sind drei Arbeiten erschienen. In 5 Kapiteln: Der Ursprung des Lebens, die Ehe, der Volksgott als Eheherr, das Eindringen des Dualismus und sein Einfluß auf die israelitische Sexualpsychologie, die religionsgeschichtliche Bedeutung der alttestamentlichen Sexualpsychologie bringt von *Hauff* (64) eine Menge interessanter Gesichtspunkte und zeigt die Auswirkung alttestamentlicher Sexualanschauungen in der christlichen Welt. Nach *Hartoch* (62) ist die Bisexualität entwicklungsgeschichtlich begründet; Reste von Homosexualität sind überall zu finden. Sie ist als der beim Normalen verkümmerte, jetzt aber ausgewachsene Zweig der Bisexualität anzusehen; die Dekadenz-, die Übersättigungs- und die Verführungstheorien sind nicht stichhaltig. *Brann* (16) endlich bringt einen Überblick und eine ablehnende Kritik zu *Weiningers* Geschlechtscharakterologie des Weibes. In der Einleitung zu seiner Arbeit befaßt sich *Hoenig-Siedersleben* (73) mit dem Wesen der Triebe und Instinkte in ihrem Verhältnis zu anderen seelischen Funktionen. Dann wird der Versuch unternommen, die seelischen Geschlechtsunterschiede aus der Verschiedenheit der Triebe und Instinkte beim männlichen und weiblichen Geschlechte abzuleiten. Das Triebleben des Mannes ist aktiv, aggressiv, sein Kraftbewußtsein ist weitgehend fundiert in somatischem Wohlbehagen; der weibliche Charakter mit seinen Eigenheiten ist aus dem mütterlichen Instinkte abzuleiten, dem Bedürfnis, für ein anderes Wesen zu sorgen. Einzelheiten der anregenden Arbeit müssen im Original nachgelesen werden. Das kleine Buch ven *Grünewald* (58) soll dem Laien einen Begriff vom derzeitigen Stande der wissenschaftlichen Anschauungen über die Geschlechtskälte der Frau geben und ihm ermöglichen, sich ein Urteil über diese Frage zu bilden. Nach *Stransky* (143) hat man bei der Ehescheu individual und sozialpsychologisch determinierte Typen zu scheiden. Eine weitere Scheidung ergibt sich nach den Geschlechtern und nach dem Gesichtspunkte, ob die Motive der Ehescheu noch psychologisch begründet oder psychopathologisch bedingt sind. Bei den Männern gibt es Typen von Hochbegabten, die nur ihrem Werke dienen wollen, von solchen, die besondere individuelle Lebensschicksale erfahren haben, solche mit überstarker Bindung an ein

unerreichbares Frauenideal, ferner Typen der Verzogenen, Anspruchsvollen. Die Ehescheu der Frau ist weit seltener noch psychologisch verstehbar. Aber es gibt doch auch hier noch psychologisch verständliche Typen, z. B. überstarke Bindung an den unerreichbaren Mann. Psychopathologisch bedingte Männertypen sind gewisse Sonderlinge, Zwangsneurotiker, konstitutionell Verstimmte, Misogyne, sexuell Perverse, Frigide; psychopathische Momente bei Frauen sind übermäßige Eifersucht, neurasthenische Angst vor dem Kinde, Frigidität, Hysterie, psycho-sexueller Infantilismus, Furcht vor der Unterwerfung unter den Mann (Brünhilden-Typus). Unter den soziologisch bedingten Ursachen der Ehescheu erwähnt Verf. auch die Frauenbewegung, deren Ursachen zum Teil wenigstens in einem dekadenten Egozentrismus liegt. Wo die Ehescheu psychologisch verständlich ist oder auf sozialen Ursachen beruht, liegt dem Arzt die Aufgabe ob, dies zu bekämpfen. Wo sie aber als Ausfluß pathologischer Artung erscheint, tut der Arzt gut, dieser Selbststeuerung der Natur, dieser Selbstausmerzungstendenz des Krankhaften möglichst nicht entgegenzutreten.

Gedrungen und übersichtlich stellt *Gregor* (55) unter Beihilfe seiner ehemaligen Mitarbeiterin alles zusammen, was die am Werke der Fürsorgeerziehung Beteiligten bei ihrer Forschung und praktischen Tätigkeit wissen müssen. Erfreulich ist der echt wissenschaftliche Geist, in dem das Ganze gehalten ist. Das Ärztliche und Psychologische kommt vollauf zu seinem Recht. Im allgemeinen Teil finden wir zunächst eine Übersicht über Grundlagen und Ziel der Arbeit, dann eine Besprechung von Ursachen und ersten Anzeichen der Verwahrlosung, Psychologie, gesetzlichen Bestimmungen, Bekämpfung der Verwahrlosung und Registrierung der Erfahrungen. Im speziellen Teil werden an der Hand zahlreicher Fälle Einzelfragen behandelt. Das Buch ist ein sehr brauchbares Hilfsmittel, sich schnell über das Wesentliche zu unterrichten, und kann warm empfohlen werden.

Wenn sich das Heft von *Bacher* (2) auch in erster Linie an den Pädagogen wendet, so findet doch auch der Arzt, vor allem der Psychiater vieles, was ihn betrifft. Erfreulich ist schon das Ziel des Büchleins, die bisher vorwiegend intellektualistisch eingestellte Betrachtungsweise auf diesem Gebiet durch die Erfassung der Gesamtpersönlichkeit, die sich vor allem in der Realisation von Zielen, in „determinierenden Tendenzen“ äußert, zu ergänzen und hierbei die Ursachen der asozialen Züge bei Hilfsschülern aufzudecken. Das Wesentliche sieht Verf. beim Anomalen in der schwachen Determinations- und der einseitigen Reaktionsfähigkeit. Die Forderungen der Gemeinschaft sind ihm das Wesentliche bei den erzieherischen Bestrebungen. In diesem Geiste werden die ganzen Möglichkeiten der heilpädagogischen Einwirkung ausführlich besprochen.

Scherk (125) gibt eine kurze historisch geordnete Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten über das Seelenleben der Eunuchoiden. Als gesichert betrachtet er folgende Züge: Keine Intelligenzdefekte, Inaktivität und Indolenz, Gutmütigkeit, Fehlen der typischen männlichen Charakterfärbung, fehlende vita sexualis, nur rudimentäre höhere Affekte.

Senf (134) bemüht sich zu erläutern, wie die Homosexualität in ihren Stufen und Spielarten das Ergebnis naturnotwendiger seelischer Entwicklung des Men-

schen ist. Er geht von den Trieben (Geschlechts- und Selbsterhaltungstrieb) und der Stufe ihrer absoluten Herrschaft aus und entwickelt, wie es durch „Triebbeschränkung" zum seelischen Innenleben, zu Gefühlen, Assoziationen, Reproduktionen abstraktem Denken und Komplexbildung, schließlich zu bewußter Gestaltung des seelischen Lebens kommt, wie dann weiter die Einzelphasen der sexuellen Entspannung sich verselbständigen können und so die Perversitäten und die Homosexualität entstehen. Dies wird nun ausführlich weitergesponnen, auch für die nach Verf. Ansicht ganz andersartige weibliche Homosexualität. Zum Schluß verteidigt Verf. unter scharfer Abweisung der Gegner seine Arbeitsmethode, die „psychosexuelle Intuition", bei der er durch kühle Beobachtung Selbsterlebtes zu deuten sucht. Die Ausführungen sind anregend und lassen große Erfahrung erkennen, erscheinen aber im ganzen, wie in Einzelheiten vielfach anfechtbar.

(55—134 *H. Müller.*)

---

9. Neurosen und endokrine Störungen.

Ref.: M. Liebers-Hochweitzschen.

1. *Adie, W. I.*, Pyknolepsy: A form of epilepsie occurring in children with a good prognosis. Brain Bd. 47, H. 1, S. 96.
2. *Aschaffenburg, G.*, Geltungsbedürftige und Geltungssüchtige. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 88, H. 4/5, S. 601. (S. 225*.)
3. *Aschner, B.*, Der Einfluß der Hypophyse auf die weiblichen Geschlechtsorgane. Med. Klin. W. 48, S. 1681. (S. 234*.)
4. *Becker, J.*, Kasuistischer Beitrag zum Problem der Hysterie im Kindesalter. Ztschr. f. Kindrhk. Bd. 38, H. 2, S. 167. (S. 225*.)
5. *Derselbe*, Heilerfolge der Epilepsiebehandlung mittels Xifalmilchinjektionen. Psychiat.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 7/8, S. 40.
6. *Becker, Th.*, Fehldiagnosen durch Überbewertung katatonischer Symptome. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 94, H. 2/3, S. 248. (S. 225*.)
7. *Benon*, La crise d'hystérie. Gaz. des hôpitaux Nr. 93.
8. *Berger, H.*, Epilepsie. Ztschr. f. ärzt. Fortbild. Bd. 21, H. 22, S. 683 (S. 226*).
9. *Bertrand, I. et Rives, I.*, Recherches anatomiques sur l'épilepsie dite essentielle. Rev. neur. Teil 1, Nr. 2, S. 129.
10. *Bjerre, P.*, Das Zwangssymptom und seine Behandlung. Zschr. f. Sexualwiss. Bd. 11, H. 1, S. 15 u. (eng.) Psychoanal. rev. Bd. 11, Nr. 1, S. 1.
11. *Bigwood, E.-J.*, La carence du sang en ions calcium chez les épileptiques. Cpt. rend des séances de la soc. de biol. Bd. 90, Nr. 2, S. 98 u. Journ. de physiol. de pathol. gén. Bd. 22, Nr. 1, S. 70.

12. *Derselbe*, L'équilibre physico-chimique du sang dans l'épilepsie. L'équilibre acide-base (1. mém.). Ann. de méd. Bd. 15, Nr. 1, S. 24 u. Nr. 2, 119.
13. *Bing, R.*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten f. Studierende und praktische Ärzte, in 30 Vorlesungen. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg, 3. verm. u. umg. Aufl., 709 S.; 21,60 M. (S. 226*.)
14. *Derselbe*, Neuralgien, Myalgien, Psychalgien. Schweiz. med. Wschr. Nr. 1, S. 13.
15. *Bratt, I. J.*, Kultur und Neurose. Betrachtungen über das Neurosenproblem der westlichen Völker.: (Schwed.) Hygiea Bd. 85, H. 22 bis 24, Bd. 86, H. 1—2.
16. *Bratz, E.*, Über traumatische Neurosen. Ärzt. Sachverst. Ztg. Nr. 13, S. 121.
17. *Brüel, O.*, Über Syphilidophobie. Zschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol. Bd. 8, H. 5/6, S. 312.
18. *Brugia, R.*, Patogenesi e cura della epilessia. Note e riv. di psichiat. Bd. 12, Nr. 3, S. 337.
19. *Brunzlow, O.*, Die experimentelle Erforschung der Hysterie in ihrer Bedeutung für die Ohren- und nervenärztliche Begutachtungspraxis. Ärzt. Sachverst.-Ztg. Nr. 14, S. 131 u. Nr. 15, 141 (S. 226*.)
20. *Bunnemann*, Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 88, H. 4—5, S. 589 (S. 226*.)
21. *Burger, K.*, Fall von Status epilepticus während der Geburt und im Wochenbett. Zbl. f. Gyn. Nr. 7, S. 257.
22. *Christoffel, H.*, Einiges über Herzneurosen. Schweiz. med. Wschr. Nr. 13 (S. 226*.)
23. *Cimbal, W.*, Die Neurosen des seelischen Kampfes Ergebnisse d. ges. Med. Bd. 5, H. 3—4, S. 334 (S. 226*.)
24. *Claude, H.* et de *Saussure, R.*, Le mécanisme de l'émotion retardée chez l'hystérique. Encéphale Nr. 9, S. 553.
25. *Cobb, G.*, A summary note on the use of collosol bromine in the treatment of insane epileptics. Journ. of mental science. Bd. 70, Nr. 290, S. 425.
26. *Cohn, T.*, Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Berlin, S. Karger, 7. Auf., 232 S., 7.20 M.
27. *Corberi, G.*, La prova dell' alcool nell' epilessia. Note e riv. di psychiat. Bd. 12, Nr. 1, S. 47.
28. *De Crinis*, Epilepsie (aus Spez. Path. u. Ther. inn. Krkh. herausg. v Kraus u. Brugsch, Bd. X. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg.)
29. *Csépai, K.*, Adrenalinempfindlichkeit, innere Sekretion und vegetatives Nervensystem. (Abh. a. d. Grenzgeb. d. inn. Sekretion H. 3.) Budapest u. Leipzig, R. Noval & Co., 48 S., 2.— M. (S. 226*.)
30. *Curschmann, H.*, Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie. Traumatische und

Kriegsneurosen, Morbus Basedow und Myxoedem. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 176.
31. *Derselbe*, Nervenkrankeiten. Klinische Lehrkurse der Münch. med. Wschr. Bd. 2, München, I. F. Lehmann 238 S., 4,50 M. (S. 223*.)
32. *Derselbe*, Über konstitutionelle Hypo- und Areflexie. Dsch. Zschr. f. Nervenhk. Bd. 83, H. 1—3, S. 51.
33. *Drescher*, *A.*, Zur Warnung vor der Operationslust Hysterischer. Zbl. f. Chir. Nr. 17, S. 891 (S. 226*.)
34. *Engel*, *H.*, Sogenannte „traumatische Neurose" — ständig wiederholte Badekuren zur Linderung von Unfallfolgen — Zuschußnahrung. Zschr. f. Bahn- und Bahnkassenärzte, Nr. 1, S. 1.
35. *Derselbe*, Zur Bewertung langdauernder psychogener Beschwerden nach haftpflichtigen Unfällen. Med. Klin. Nr. 22, S. 753.
36. *Erben*, *S.*, Über traumatische Neurosen. Wien. med. Wschr. Nr. 15, S. 729.
37. *Fassl*, *E.*, Zur Pathogenese und Behandlung funktioneller Hör- und Sprachstörungen (sensorische und motorische corticale Aphasie). Klin. Wschr. Nr. 33, S. 1487. (S. 227*.)
38. *Finkh*, *I.*, Das Gedächtnis und seine Störungen. Ärzt. Rundsch. Nr. 5, S. 43. (S. 227*.)
39. *Derselbe*, Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. (Der Arzt als Erzieher, H. 49.) München, O. Gmelin, 40 S. 1,20 M. (S. 224*.)
40. *Derselbe*, Schlaf und Traum in gesunden und kranken Tagen. (Der Arzt als Erzieher, H. 48.) München, O. Gmelin, 38 S., 1,— M. (S. 227*.)
41. *Derselbe*, Welchen Anteil nimmt die Seele an körperlichen Krankheiten? Ärztl. Rundsch. Nr. 4, S. 28. (S. 227*.)
42. *Derselbe*, Zur arzneilosen Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Ebenda, Nr. 12, S. 154.
43. *Derselbe*, Zur Pathogenese und Therapie der Enuresis nocturna (Samml. diagn. therap. Abh. f. d. prakt. Arzt, H. 16). München, O. Gmelin, 22 S.; 0,75 M. (S. 227*.)
44. *Fischer*, *Br.*, Zur Frage der Narkolepsie. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 90, H. 3—5, S. 599.
45. *Fischer*, *Br.* u. *Pötzl*, *O.*, Zur Symptomatologie der Sensibilitätsstörungen von cerebralem Typus. Ebenda, Bd. 88, S. 58.
46. *Franke*, *F.*, Kritisches Sammelreferat über die operative Behandlung der genuinen Epilepsie. Dsch. med. Wschr. Nr. 42—44, S. 1460. (S. 227*.)
47. *Fraenkel*, *L.*, Beziehung der inneren Sekretion der Keimdrüsen zu dem gesamten endokrinen System. Dsch. med. Wschr. Nr. 30 u. 31, S. 1007. (S. 227*.)
48. *Fraenkel*, *M.*, Röntgenstrahlen gegen Epilepsie und Migräne. Zbl. f. Gyn. Nr. 37.
49. *Franz*, *Sh. J.*, Nervous and mental reeducation. London, Allen & Co, 8 sh. 6 d.

50. *Fraser, D.*, Clinical studies in epilepsy. London, E. a. S. Livingstone, 7 sh. 6 d.
51. *Fröschels, E.*, Eine Methode zur Behandlung von Sprachfurcht („Stottern", assoziative Aphasie.) Klin. Wschr. Nr. 8, S. 313. (S. 227*.)
52. *Derselbe*, Fortschritt der Stotterforschung. Wien. klin. Wschr. Nr. 4, S. 82. (S. 227*.)
53. *Derselbe*, Über die Struktur und wissenschaftliche Stellung der Logopädie. Dsch. med. Wschr. Nr. 29, S. 992 (S. 228*).
54. *Derselbe*, Zur Ätiologie einiger Sigmatismen. Festschrift tillägnad Hugo Tipping, Helsingfors, Mercators Tryckeri. (S. 228*.)
55. *Derselbe*. Zur experimentell-phonetischen Diagnostik der Dysarthrien. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 92, H. 3—4, S. 487. (S. 228*.)
56. *Fuchs, A.* u. *Pfeffer, M.*, Zur Behandlung der (zentralen und peripheren) Facialislähmung. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1008.
56 a. *Fumarola G.*, Una varietà rara di distrofia lipomatosa (adiposis analgesica di *Carducci*). Arch. gen. di neurol etc. 1923/24, vol. IV/V. (S. 234*.)
57. *Galant, J. S.*, Psychogynäkologie? Zbl. f. Gyn. Nr. 7a, S. 343. (S. 228*.)
58. *Derselbe*, Reflex und Wille in der Psychiatrie. Allg. Zschr. f. Psychiat. Bd. 80, H. 3/4, S. 216. (S. 228*.)
59. *Derselbe*, Über die psychogene Harnverhaltung (Retentio urinae psychoneurotica.) Zbl. f. inn. Med. Bd. 45, Nr. 3, S. 29 (S. 228*.)
60. *Derselbe*, Über hysterische Ideen. Psychiat.-neur. Wschr. Jg. 25, Nr. 43 bis 44, S. 231. (S. 234*.)
61. *Gans, A.*, Kontrakturen im Endstadium der gemeinen Epilepsie. (Holl.) Psychiat. en neurol. bladen Nr. 1/2, S. 87.
62. *Gatscher, J.*, Über die Empfindung des Bodenschwankens bei Neurasthenikern. Wien. klin. Wschr. Nr. 36, S. 868.
63. *Derselbe*, Über Dysästhesie im Ohre bei Neurasthenie. Ebenda Nr. 50, S. 1281.
64. *Gerster*, K., Noch Einiges zur arzneilosen Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Ärztl. Rundsch. Nr. 11, S. 131 (S. 228*.)
65. *Goldflam, S.*, Zur Frage der genuinen Narkolepsie und ähnlicher Zustände. Dsch. Zschr. für Nervenhk. Bd. 82, Heft 1—2, S. 20.
66. *Großman, S.*, The luminal treatment of epilepsy. Journ. of mental science Bd. 70, Nr. 290, S. 428.
67. *Gruhle, H.*, Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den Jahren 1910—1920 und über das Wesen dieser Krankheit. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 34, H. 1—2.
68. *Grünthal. E.*, Über den Ursprung der Perseveration und der katatoniformen Symptome in einem epileptischen Dämmerzustand. (Span.) Arch. de neurobiol. Bd. 4, Nr. 3, S. 215.
69. *Gutzmann*, Sprachheilkunde. 3. Aufl. Berlin, Fischers med. Buchhdlg. 730 S., 18,— M. (S. 228*.)

70. *Halban und Seitz*, Biologie und Pathologie des Weibes, Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. Bd. V, Hälfte 2: Die weibliche Psyche und ihre Erkrankungen, Beiträge v. *Stransky*, *Kogerer*, *Ewald*, *Albrecht*.
71. *Hall*, *S. H.*, The treatment of epilepsy with dialacetin. Lancet Bd. 207, Nr. 7, S. 320.
72. *Hanow*, Die Rentenpsychose. Zschr. f. Bahn- und Bahnkassenärzte Nr. 7, S. 97.
73. *v. Hattingberg*, *H.*, I. Ist Nervosität eine Krankheit? II. Der seelische Hintergrund der Nervosität. III. Anlage und Umwelt. (Der nervöse Mensch, Schriftenreihe.) Prien, Anthropos-Verlag (jetzt Niels Kampmann, Heidelberg). 73 S., 1,20 M. (S. 224*.)
74. *Haymann*, *H.*, Wer braucht den Nervenarzt? (Gesundheitsbücherei.) Nürnberg, Burgverlag 41 S. (S. 224*.).
75. *Herrmann*, *G.*, Eigenartige Veränderungen des Anfallsbildes bei Epileptikern. Med. Klin. Nr. 44, S. 1536. (S. 228*.)
76. *Hess*, *W.*, Über Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen. Schweiz. Arch. f. Neur. und Psychiat. Bd. 15, H. 2, S. 260.
77. *Hoffmann*, R., Eklampsie und Epilepsie. Zbl. f. Gyn. Nr. 22.
78. *Hofmann*, *H.*, Zur Frage des epileptischen Konstitutionstypus. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 94, H. 2/3, S. 309. (S. 228*.]).
79. *Hoepfner*, *Th.*, Ein Fall von gestörter Koordination der Atmung. Wien. med. Wschr. Nr. 28. (S. 228*.)
80. *Derselbe*, Reformbestrebungen in der Logopädie. Die Hilfsschule, Sept. (S. 229*.)
81. *Derselbe*, Stottern und assoziative Aphasie. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 94, H. 1, S. 41. (S. 229*.).
82. *Derselbe*, Über assoziative Aphasie. Arch. f. Psychiat. Bd. 70, H. 1, S. 16.
83. *Jaensch*, *P.*, Augenmuskellähmungen bei Basedowscher Krankheit. Dsch. med. Wschr. Nr. 37, S. 1249. (S. 229*.)
84. *Jehn*, *W.*, Über die seelische Behandlung der Schleimkolik. Dsch. med. Wschr. Nr. 18, S. 577 (S 229*.)
85. *Jelliffe*, *S. E.*, Fifty years of american neurology: Fragments of an historical retrospect. Semi — centennial volume of the american neurological association, June. (S. 235*.)
86. *Juarros*, *C.*, Der Ursprung der genuinen Epilepsie. (Span.) Siglo méd. Bd. 74, Nr. 3683, S. 29; Nr. 3684, 63 und Nr. 3685, 92.
87. *Derselbe*, Klinische Normen für die Behandlung der genuinen Epilepsie. (Span.). Ebenda Nr. 362, S. 894.
88. *Kafka*, *V.*, u. *Rohrer*, *A.*, Sistieren epileptischer Anfälle nach Kieferzystenoperation. Dsch. Monschr. f. Zahnhk. H. 14, S. 344.
89. *Kalderwey*, *W.*, Über die experimentelle Analyse psychogener Auffassungsstörungen nach *Löwenstein*. Monschr. f. Psychiat. u. Neur. Bd. 56, H. 2—3, S. 125. (S. 229*.)

90. *Karger, P.*, Kritische Betrachtungen zur Pathogenese u. Therapie der Enuresis im Kindesalter. Dsch. med. Wschr. Nr. 20, S. 639. (S. 229*.)
91. *Derselbe*, Neuere Gesichtspunkte in der Behandlung epileptischer Kinder. Ebenda Nr. 45, S. 1531. (S. 229*.)
92. *Derselbe*, Reflexe, Wille und Vorstellung. Klin. Wschr. Nr. 50, S. 2273. (S. 229*.)
93. *Kleemann, A.*, Beiträge zur psychischen Behandlung der Enuresis nocturna. Zschr. f. Kinderhk. Bd. 38, H. 5, S. 521. (S. 229*.)
94. *Kogerer*, Zur Frage der akuten Ammonshornveränderungen nach epileptischen Anfällen. Erwiderung auf die Ausführungen des Herrn *W. Weimann* in Bd. 90 d. Zschr. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 93, S. 791. Dazu Bemerk. *v. W. Weimann*, Berlin. S. 793.
95. *Krisch, H.*, Die epileptischen motorischen Varianten und ihre Beziehungen zu den exogenen Hyperkinesen sowie dem extrapyramidalen Symptomenkomplex. Mon.schr. f. Psychiat. u. Neur. Bd. 55, H. 5, S. 265.
96. *Derselbe*, Richtlinien für eine „extrapyramidale" lokalisatorische Analyse des epileptischen Anfalles und seiner Varianten. Ebenda Bd. 56, H. 4, S. 193.
97. *Kron, H.* u. *Misch, I.*, Nervenkrankheiten. Neu bearb. v. *A. Kronfeld*. Aus: Lehrb. d. Grenzgebiete der Med. u. Zahnhk. Leipzig, F. C. W. Vogel, 646 S. (S. 229*.)
98. *Kutzinski, A.*, Hysterie, Zwangszustände, Kopfschmerz (aus spez. Pathol. und Ther. inn. Krankheiten, hrsgeg. v. *Kraus* u. *Brugsch*.) Bd. X. Teil 3, Berlin u. Wien., Urban u. Schwarzenberg. (S. 229*.)
99. *Derselbe*, Schwinden eines schweren hysterischen Symptomenkomplexes, bedingt durch sexuelle Übererregbarkeit, nach Kastration. Dsch. med. Wschr. Nr. 28, S. 951. (S. 229*.)
100. *Ladeck, E.*, Zur Erklärung psychogener Fieberreaktionen bei Lungentuberkulösen. Wien. klin. Wschr. Nr. 18, S. 439.
101. *Lange, J.*, Über atypische, epileptische Dämmerzustände. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 63.
102. *Lennon, M. B.*, The traumatic neurosis. Journ. of the americ. med. assoc. Bd. 83, Nr. 10, S. 738.
103. *Lepehne, G.* und *Schloßberg, E.*, Ist die Adrenalinmydriasis differentialdiagnostisch verwertbar? Dsch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1433. (S. 230*.)
104. *Lereboullet, P.*, Traitement de l'épilepsie chez l'enfant. Bull. med. Nr. 43, S. 1157.
105. *Leredde*, Sur trois cas d'épilepsie récente, sans signes de syphilis, guéris par le novarsénobenzol. Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Nr. 5, S. 237.
106. *Lewandowsky*, Handbuch der Neurologie. Berlin, I. Springer, Ergänzungsbd. I. Teil, 2. Hälfte, 292 S., 24,— M.
107. *Leyser, E.*, Über die hirnphysiologischen Grundlagen psychogener

Bewegungsstörungen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 94, H. 2—3, S. 337. (S. 230*.)
108. *Lobstein, I.*, Über chronische progressive Myoclonusepilepsie, Typus Unverricht-Lundborg (Holl.) Ned. tijdschr. v. geneesk. I, Nr. 14.
109. *Löhlein, W.*, Die bitemporale Hemianopsie der Schwangeren. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 65, Heft 3/4, S. 129 (S. 230*.)
110. *van Loon, F.*, Lattah, eine Psychoneurose der malaiischen Rassen. (Holl.). Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch-Ind. Bd. 64, H. 1, S. 59 und psychiatr. en neurol. bladen, Nr. 3/4, S. 155.
111. *Maillard, G.* et *Renard, G.*, Un nouveau traitement de l'épilepsie. Presse méd. Nr. 20, S. 315.
112. *Marchand, L.*, Des accès épileptiques avec conservation de la conscience. Presse méd. Nr. 27, S. 290.
113. *Marcinowski, I.*, Die Gefühlszerrissenheit und die neurotische Psyche. (Der nervöse Mensch H. 9) Prien, Anthropos-Verlag. (s. 230 Nr. 73), 110 S., 1.50 M. (S. 230*.)
114. *Derselbe*, Minderwertigkeitsgefühle (H. 10). Ebenda: 92 S., 1,50 M. (S. 224*.)
115. *Derselbe*, Schuldgefühle (H. 11). Ebenda: 111 S., 1,50 M. (S. 225*.)
116. Derselbe, Im Kampfe um gesunde Nerven. Ein Wegweiser. Berlin, O. Salle, 5. Aufl., 150 S., 2,— M. (S. 225*).
117. *Meyer, A.*, Über die Bedeutung des Traumas bei der Entstehung von Amyotrophien. Arch. f. Psychiat. Bd. 71, H. 3—4, S. 416. (S. 230*.)
118. *Meyer, L. F.* u. *Nassau, E.*, Die Behandlung der Krämpfe im Kindesalter. Therap. d. Gegenw. Nr. 11, S. 503.
119. *Mira, E.*, Gegenwärtige Auffassung der Psychoneurosen (Span.). Rev. méd. de Barcelona Bd. 1, Nr. 4, S. 350.
119a. *Mohr, Fr.*, Nervosität und organische Leiden. (Der nervöse Mensch H. 5). (s. Nr. 73.)
120. *Molin de Teyssieu, M.*, A propos du sentiment du déjà — vu chez les épileptiques. Ann. méd.-psychol. Nr. 4, S. 313.
121. *v. Monakow, C.*, Die Neurosenfrage einst und heute. (Aus: 50 Jahre Neurologie, Zürich, O. Füßli, 100 S., 4,40 M.) (S. 225*.)
122. *Müller, L.*, Die Lebensnerven, 2. Aufl. des „Vegetativen Nervensystems". Berlin, J. Springer, 614 S., 35,— M.
123. *Muskens, L.*, Epilepsie, vergleichende Pathogenese, Erscheinungen, Behandlung (Holl.). Amsterdam, F. van Rossum. 10 Fl.
124. *Derselbe*, Untersuchungen über myoclonische Reflexe als Grundlage der myoclonischen epileptischen Anfälle (Holl.). Psychiat. en neurol. Bladen Nr. 3/4, S. 105.
125. *Nobel, E.*, und *Rosenblüth, A.*, Thyreoidinstudien an myxoedematösen Kindern. II. Mitt. Zschr. f. Kinderhk. Bd. 38, H. 3, S. 254.
126. *Dieselben*, Myxoedemstudien, III. Mitt. ebenda: H. 6, S. 599.
127. *Nonne, M.*, Familiäres Vorkommen (3 Geschwister) einer Kombi-

nation von imperfekter Chondrodystrophie mit imperfektem Myxoedema infantile. Dsch. Zschr. f. Nervenhk. Bd. 83, S. 263. (S. 230*.)
128. *Ossokin, N.*, und *Ochsenhändler*, Zur Behandlung der Epilepsie mit der Pasteur-Vakzine und parenteralen Injektionen von sterilisierter Milch. Arch. f. Neur. u. Psychiat. Bd. 15, H. 1, S. 60.
129. *Oesterlen*, Hysterie oder Epilepsie? Ärztl. Monschr. 2, 1924.
130. *Oswald, A.*, Aus der Schilddrüsenpathologie. Dsch. med. Wschr. Nr. 38, S. 1282. (S. 230*.)
131. *Pagniez, Pt.*, Recherches sur la toxicité du serum et du liquide céphalorachidien des épileptiques. Presse méd. Nr. 5, S. 45.
132. *Peterman, M. G.*, The ketogenic diet in the treatment of epilepsy. Amer. journ. of dis. of children Bd. 28, Nr. 1, S. 28.
132 a. *Pighini, G.*, und *Nizzi, F.*, Il gozzo endemico nella Provincia di Reggio-Emilia. Riv. sperim. di fren. 1924, fasc. III—IV. (S. 235*.)
133. *Pette, H.*, Trigeminusneuralgie und Sympathicus. Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 1092. (S. 234*.)
134. *Derselbe*, Zur Pathogenese der neurotischen Muskelatrophie. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 92, H. 3/4, S. 324. (S. 234*.)
135. *Poleck, E.*, Über die eigentlichen Ursachen und über das Wesen der sogenannten Tropenneurasthenie. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 28 H. 5, S. 193 und Dsch. Zschr. f. Nervenhk. Bd. 81, H. 1—4, S. 210. (S. 231).
136. *Pototzky, C.*, Über nervöse Konstitutions- und Reaktionstypen. Zschr. f. Kinderhk. Bd. 37, H. 1/2, S. 24. (S. 231).
137. *Derselbe*, Die diagnostische und therapeutische Differenzierung der Enuresisfälle. Zschr. f. Kinderheilk. Bd. 37, H. 1/2, S. 12. (S. 234*.)
138. *Pötzl, O.*, und *Schloffer, H.*, Befunde am Gehirn während des epileptischen Anfalles. Med. Klin. Nr. 37, S. 1267. (S. 231*.)
139. *Raimann, E.*, Zur Neurosenfrage. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1027. (S. 231*.)
140. *Redlich, E.*, Zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. Monschr. f. Psychiat. u. Neur. Bd. 56, H. 5—6, S. 257.
141. *Reichardt, M.*, Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. Ref. J. v. vers. Bayr. Ps. München. I. Teil. Klinisches, Konstitution, Hirn. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 89, H. 1—3, S. 321.
142. *Reichmann, Fr.*, Zur Soziologie der Neurosen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 89, H. 1—3, S. 60. (S. 231*.)
143. *Rodiet, A.*, De l'efficacité de l'ipéca dans le traitement de la confusion épileptique. Ann. méd.-psychol. Nr. 4, S. 316.
144. *Rohr, F.*, Endolumbale Behandlung der Chorea minor mit Eigenserum. Dsch. med. Wschr. Nr. 18, S. 581. (S. 231*.)
145. *Rosenthal, C.*, und *Hoffmann, H.*, Über gewisse seltene muskuläre Affektionen und ihre Beziehungen zur Sklerodermie. Dsch. Zschr. f. Nervhk. Bd. 80, H. 1/2. (S. 234*.)

146. *Rüdin, E.*, Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. IV. Teil. Genealogisches. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 89, H. 1—3. S. 368. (S. 231*.)
147. *Salomon, A.*, Neuere Gesichtspunkte zur Ätiologie und Therapie der Chorea minor. Dsch. med. Wschr. Nr. 6, S. 166. (S. 231*.)
148. *De Sanctis, S.*, Hysteropsychopathische Kinder. Monschr. f. Kriminalpsychol. Nr. 8—12, S. 269.
149. *Schäfer*, Zur Röntgenbehandlung der Epilepsie. Berlin, med. Ges.; Bericht: Dsch. med. Wschr. Nr. 15, S. 485.
150. *Schenk, P.*, Kasuistischer Beitrag zum Kapitel: Diagnostische und therapeutische Irrtümer in der Neurologie. Med. Klin. Nr. 18, S. 603. (S. 231*.)
151. *Schilder, P.*, Zur Lehre von den Amnesien Epileptischer, von der Schlafmittelhypnose und vom Gedächtnis. Arch. f. Psychiat. Bd. 72, H. 2, S. 326.
152. *Derselbe*, Zur Lehre von der Hypochondrie. Monschr. f. Psychiat. u. Neur. Bd. 56, H. 2/3, S. 142.
153. *Derselbe*, Zur Lehre von der zerebellaren Asynergie der unteren Extremitäten. Wien. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1039.
154. *Derselbe*, Zur Psychologie epileptischer Ausnahmezustände (mit besonderer Berücksichtigung des Gedächtnisses). Allg. Zschr. f. Psychiat. Bd. 80, H. 1/2, S. 33.
155. *Schnyder, L.*, Was ist Psychoneurose? Schweiz. med. Wschr. Nr. 26, S. 585.
156. *Schöne, Fr.*, Die transitorischen Wortfindungsstörungen und Worttaubheitsanfälle in der epileptischen Bewußtseinsstörung und ihre Rückbildung. Arch. f. Psychiat. Bd. 71, H. 2, S. 244.
157. *Schönfeld, A.*, Erfahrungen mit Epileptol. Allg. Zschr. f. Psychiat. Bd. 80, H. 3/4, S. 224.
158. *Schüller, A.*, Über günstig verlaufene Epilepsiefälle. Wien. med. Wschr. Nr. 47, S. 2512. (S. 232*.)
159. *Schultz, I.*, Nervosität und erbliche Belastung. (Der nervöse Mensch H. 4.) Prien, Anthropos-Verlag (s. Nr. 73). 43 S., 1 M. (S. 232*.)
160. *Scripture, E.*, Das Stottern. Arch. f. Psychiat. Bd. 72, H. 1, S. 108. (S. 232*.)
161. *Derselbe*, Die epileptische Sprachmelodie. Arch. f. Psychiat. Bd. 72, H. 2, S. 323. (S. 232*.)
162. *Sieveking, G.*, Kropfstatistik und Kropfprophylaxe in der Schweiz und in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Dsch. med. Wschr. Nr. 38, S. 1302. (S. 232*.)
163. *Singer, K.*, Neurologische Therapie (Sammelref.). Med. Klin. Nr. 40, S. 1405.
164. *Sollier, P.*, A propos de la pathogénie de l'hystérie. Journ. de neurol. et de psychiatrie Nr. neurol. 8, S. 141.

165. *Derselbe*, Suggestion et hysterie. Ebenda, Nr. neurol. 5, S. 81.
166. *Spielmeyer, W.*, Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. III. Teil. Anatomisches. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 89, H. 1/3, S. 360. (S. 232*.)
167. *Stein, L.*, Über die verbreitetsten Theorien des Stotterns. Wien. med. Wschr. Nr. 28, S. 1467. (S. 234*.)
168. *Stekel, W.*, Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg, 4. verm. u. verb. Aufl. 685 S. (S. 232.*)
169. *Stern, A.*, Fortschritte in der Neurologie. Med. Klin. Nr. 28, S. 979.
170. *Stiefler, G.*, Ein Fall von posttraumatischer Hemiatrophia faciei progressiva. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 88, H. 1/3, S. 305. (S. 234*.)
171. *Stier, E.*, Schreckwirkung durch Unfall. Med. Klin. Nr. 1, S. 19.
172. *Derselbe*, Neurasthenie. Die traumatische Neurose. (Aus: Spez. Path. u. Ther. inn. Krkh., herausg. v. Kraus u. Brugsch. Bd. X. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg.)
173. *Stockert, F.*, Zur Ätiologie der Mitbewegungen beim Stottern. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 88, H. 4/5, S. 459.
174. *Stransky, E.*, Über Hysterie. Wien. med. Wschr. Nr. 9, S. 435.
175. *Derselbe*, Zum Kapitel Malaria und Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 24, S. 787.
176. *Strümpell, A.*, Leitfaden für die Untersuchung und Diagnostik der wichtigsten Nervenkrankheiten (zur Einführung und Repetition f. Stud. und Ärzte). Leipzig, F. C. W. Vogel. 151 S. 6 M. (S. 224*.)
177. *Teglbjaerg, H. P. St.*, Behandlung des Status epilepticus mit „Somnifen". (Dän.) Ugeskrift for laeger Nr. 5, S. 93.
178. *Thom*, Geistige Hygiene und ihre Beziehungen zur Pädiatrie. Boston Med. a. surg. journal Nr. 4.
179. *Thom, A.*, The relation between infantile convulsions and the chronic convulsive disorders of later life. Arch. of neurol. a. psychiat. Bd. 11, Nr. 6, S. 664.
180. *van der Torren, I.*, Akute psychogene Psychose unter dem Bild der Pseudologia phantastica. (Holl.) Nederl. tijdschr. v. geneesk. 1. Hälfte, Nr. 18, S. 1960.
181. *Tracy*, Diet in the causation of epilepsy. Med. journ. a. record Bd. 120, Nr. 8 sympos. on neurol. S. 115.
182. *Tramer, M.*, Beitrag zur Xifal-Milch-Behandlung der Epilepsie (und der Encephalitis lethargica). Schweiz. med. Wschr. Nr. 23, S. 523. (S. 232*.)
183. *Traugott, R.*, Ein Beitrag zum Hysterieproblem. Med. Klin. Nr. 43, S. 1521. (S. 232*.)
184. *Valdizan, H.*, Die Luminalbehandlung der Epilepsie. Erfahrungen

an 112 Fällen. (Span.) Rev. de psiquiat. y disciplin. conexas. Bd. 5, Nr. 2, S. 103.
185. *Vorberg, G.*, Ratschläge für Nervenleidende. Stuttgart, E. H. Moritz, verm. verb. Aufl. 62 S. 0,80 M. (S. 224*.)
186. *Weckerling*, Landrysche Lähmung und Epilepsie. Dsch. Zschr. f. Nervenhk. Bd. 82, H. 1/2, S. 17. (S. 233*.)
187. *Weidner, E.*, Die Proteïnkörperbehandlung der Epilepsie. Dsch. med. Wschr. Nr. 18, S. 580. (S. 233*.)
188. *Weimann, W.*, Zur Frage der akuten Ammonshornveränderungen nach epileptischen Anfällen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 90, H. 1/2, S. 83. (S. 233*.)
189. *Weiß, R.*, Psychoneurotische Störungen im Klimakterium. Therap. d. Gegenw. Juni. (S. 233*.)
190. *Wenderowič, E.*, Hypnolepsie (Narcolepsia Gélineau) und ihre Behandlung. Arch. f. Psychiat. Bd. 72, H. 3 u. 4 S. 459. (S. 233*.)
191. *Westphal, A.*, Über Geistesstörungen in Verbindung mit progressiven Muskelatrophien. Vereinsbericht. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 39, H. 3/4, S. 175. (S. 233*.)
192. *Wick, W.*, Zur Frage der psychogenen Blindheit. Zschr. f. Augenhk. Bd. 54, H. 1/2, S. 82. (S. 233*.)
193. *Wright, G. I.*, Some observations on the treatment of the psychoneuroses. Americ. journ. of psychiatry Bd. 3, Nr. 4, S. 757.
194. *Wuth, O.*, Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. II. Teil: Stoffwechseluntersuchungen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 89, H. 1/3, S. 347. (S 233*.)
195. *Derselbe*, Untersuchungen und Betrachtungen über Epilepsie. I. Mitt. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 89, H. 4/5, S. 528. (S. 233*.)
196. *Zappert, J.*, Zur Neurosenfrage im Kindesalter. Bemerkungen zu dem Aufsatze *Pototzkys* „Über nervöse Konstitutions- und Reaktionstypen" in dieser Zschr. Bd. 37, H. 1/3; Zschr. f. Kinderheilk. Bd. 38, H. 2, S. 139.
197. *Zieliński, M.*, Epilepsie im Lichte der Lehre vom Zusammenhang des Körperbaues und der psychischen Konstitution. Krakau, Krakowska spólka wydawnicza, S. 57.
198. *Zimmer*, Beitrag zur Behandlung der thyreogenen Neurasthenie. Wien. med. Wschr. Nr. 42.

Curschmann (31) bringt in seinem kleinen bei J. F. Lehmann erschienenen Lehrbuch der Nervenkrankheiten (Preis geheftet nur 4,50 M.) in prägnanter und leicht verständlichen Weise eine gute Übersicht über die für den Praktiker wichtigsten Nervenkrankheiten. Die Darstellung bleibt dabei aber immer streng wissenschaftlich und berücksichtigt auch den Stand der neuesten Forschung (z. B. Kapitel Tetanie). Auch die in der Nachkriegszeit so besonders wichtigen funktionellen

Neurosen werden gebührend gewürdigt, und überall fehlt es auch nicht an therapeutischen Hinweisen. Das Buch kann daher bestens empfohlen werden.

In der Ansammlung giftiger Ermüdungsprodukte im Gehirn erblickt *Finkh* (39) die Ursache des Schlafes. Ein normales Einschlafen soll höchstens 10 Minuten dauern. Von inneren Ursachen der Schlaflosigkeit kommen in Betracht neurasthenische Veranlagung und vor allem Angst vor der Schlaferschwerung, sensuelle Übererregbarkeit des Gehörs, Gesichts u. Gefühls u. Träume. Äußere Ursachen sind weiter oft Unterernährung und chronische psychische Emotion. Schlafgestörte Kinder zeigen Abkürzung der Schlafdauer und geringe Schlaftiefe, Erwachsene mehr erschwertes Einschlafen.

Im Verlag von Niels Kampmann erscheint herausgegeben von *Hattingberg* (73) unter dem Titel „Der nervöse Mensch" eine Reihe interessanter Schriften, welche die Nervosität und ihre verschiedenen Erscheinungsformen nicht nur vom rein medizinisch-somatischen Standpunkt aus betrachten, sondern den seelischen Hintergrund aufzudecken versuchen, der hinter allen nervösen Symptomen sich birgt. Dabei wird überall gezeigt, wie das Bewußtsein durch einfühlendes Verstehen sich einen Zugang zu diesem Hintergrund verschaffen kann, und wie dann das so gewonnene Wissen für den nervösen Menschen die Macht bedeutet über sich selbst, und wie die so gewonnene Erkenntnis von der Genese der nervösen Symptome zur Befreiung von ihnen verhelfen kann.

Haymann (74) stellt am Schluß seiner Ausführungen zehn beherzigenswerte Regeln für Nervenkranke auf, die in dieser kurzen Form alles enthalten, was vom allgemein therapeutischen Standpunkte aus gesagt werden kann.

Nach einer kurzen allgemeinen Einleitung über Begriff und Umgrenzung der Neurasthenie und der ursächlichen Bedeutung der Kriegseinflüsse bringt *Vorberg* (185) in alphabetisch-lexikalischer nach Stichworten angeordneten Form gute, leicht verständliche und sehr beachtenswerte Ratschläge für Nervenkranke.

Der hier neu vorliegende kleine Leitfaden des Altmeisters der Neurologie (176) will dem Anfänger und älteren praktischen Ärzten einen ersten Überblick über die wichtigsten Fortschritte der Lehre von den Nervenkrankheiten geben. In prägnanter kurzer aber ungemein klarer und anschaulicher Form wird zuerst die neurologische Untersuchungstechnik behandelt, dann die allgemeine und spezielle Diagnostik. Der neueste Stand der Forschung wird dabei soweit wie möglich immer berücksichtigt und besonders auch die für den allgemeinen Praktiker so überaus wichtigen funktionellen Nervenkrankheiten. Niemand wird ohne großen Gewinn das Buch wieder zurücklegen, das sicher allerweiteste Verbreitung finden wird.

Nach *Marcinowskis* (114) interessanten Ausführungen haben auch die Minderwertigkeitsgefühle des Neurotikers eine erotische Wurzel. Sie beruhen auf der Vorstellung und dem Gefühl selbst liebesunwert zu sein, hervorgerufen meist durch Liebesenttäuschungen von der Seite her, von der geliebt zu werden besonders erstrebt wurde. Mangel an Selbstvertrauen ist die Folge davon. An dem Grad der Empfindlichkeit gegenüber Zurücksetzungen läßt sich nach Verf. Ansicht sofort die Stärke der Nervosität erkennen. Therapeutisch muß versucht werden das Ge-

fühl der eignen Minderwertigkeit zu verdrängen durch die Erkenntnis vom relativen Minderwert der andern.

Auch die Schuld schließt nach desselben Autors (115) Meinung ein erotisches Problem in sich. Einer schuldhaften Tat an sich wohnt noch nicht die Qualität des Schuldhaften inne, sondern Schuldgefühle und Schuldangst treten nur dann auf, wenn die Tat uns in Widerstreit brachte mit einem Menschen, von dem wir geliebt sein wollten, wenn eine wertvolle Liebesbeziehung bedroht wurde.

„Im Kampf um gesunde Nerven" von *Marcinowsky* (116) liegt in neuer fünfter Auflage vor. Die Schrift ist ungemein anziehend, aufrichtend und tröstend geschrieben von hoher Warte einer idealistischen Weltanschauung, und sieht auch für den Nervösen das Ziel der Heilung in der Erziehung zu einer starken in sich gefestigten Persönlichkeit voll hoher Ziele reiner Ideale und sittlichen Ernstes.

Monakow (121) gibt zuerst einen Überblick über die Entwickelung der Lehre von den Neurosen. Ursprünglich herrschte eine pathophysiologische Auffassung vor, obgleich schon im Jahre 1859 von *Sydenham* und *Briquet* das psychische Moment ihrer Entstehung gewürdigt wurde. Im Anschluß an die Lehren des Hypnotismus und der Suggestion setzte sich dann die Auffassung ihrer seelischen Bedingtheit immer mehr durch. *M.* selbst legt bei seinen Erklärungsversuchen den Schwerpunkt auf die Affektivität und Instinkte. Die Neurose entsteht infolge „kumulativer schwerer Antastung der Welt der Instinkte" und besteht in einem ungelösten Kampf oder Kompromiß zwischen den verschiedenen phylogenetisch alten und jungen Instinktformen, die mit Hormeterien und Neohormeterien bezeichnet werden. Es kommen hauptsächlich von den Instinkten in Frage der formative Instinkt, der sexuelle und Selbsterhaltungsinstinkt und der Weltbeziehungsinstinkt sowie der Kollektiv- resp. soziale Instinkt. Traumata der ersten Kindheit, aber nicht nur sexuelle, sind ätiologisch wichtig und für den Erwachsenen außerdem Beeinträchtigung des persönlichen Gedeihens (z. B. Unterdrückung durch Vorgesetzte) und Antastungen des Ansehens und der Ehre. Mit Diaspasis bezeichnet Verf. dann die feinen durch toxische Noxen usw. bedingten Verschiebungen in der hierarchischen Funktionsordnung des Hirnparenchyns, welche für die Entstehung der nervösen Erscheinungen zu postulieren sind, Im Bodengrau der Ventrikel muß der Mutterboden für die instinktive Welt gesucht werden.

Aschaffenburg (2) schlägt vor anstelle der von *Jaspers* angewandten Bezeichnung „geltungsbedürftig" für hysterische Persönlichkeiten, die anstreben mehr zu scheinen als sie sind, lieber zutreffender „geltungssüchtig" zu sagen.

Becker, J. (4) berichtet über ein dreijähriges Kind, das einen ursprünglich infolge eines schmerzenden Nagels im Schuh angenommenen Spitzfußgang noch tagelang auch nach Beseitigung der Ursache beibehielt, um so die Annehmlichkeiten der Krankheit, des Bedauertwerdens, der Verhätschelung usw. noch lange zu genießen.

Becker, Th. (6) fand, daß sich bei 30 nachuntersuchten Rentenempfängern die früher auf Grund hauptsächlich von katatonen Symptomen gestellte Diagnose der Schizophrenie nicht aufrecht erhalten ließ, sondern daß es sich nur um reaktive psychogene Schreckpsychosen gehandelt haben konnte.

Nach *Bergers* (8) Erfahrungen ist das gleichzeitige Vorkommen von Hysterie und Epilepsie bei ein und demselben Individuum nicht selten.

Auch die dritte Auflage des *Bing*schen bekannten Lehrbuches der Nervenkrankheiten (13) bringt wieder manche wichtige Ergänzung und berücksichtigt in knapper aber durchaus ausreichender Weise die neuesten neurologischen Forschungsergebnisse. Dabei kann sich Verf. immer auch auf seine eigne große persönliche Erfahrung stützen, und das ganze in Form von Vorlesungen gegliederte Werk erhält dadurch eine persönliche Note, die seine Lektüre für Praktiker und Fachmann gleich anziehend und genußreich macht. Alle nur theoretischen Kontroversen sind mit Rücksicht auf die praktischen Bedürfnisse, denen das Werk hauptsächlich dienen will, weggelassen und die Anschaulichkeit der Darstellung wird durch eine Reihe guter instruktiver Abbildungen unterstützt.

Brunzlow (19) empfiehlt die *Löwenstein*sche Methode der kymographischen Aufzeichnung der unbewußten Ausdrucksbewegungen, welche psychische Vorgänge durch Schwankungen von Puls, Atmung und Muskeltonus bewirken, und welche sich kennzeichnen durch Änderung der feinen Eigenschwingungen, die leicht schwingbar unterstützte Hände, Füße und Kopf zeigen, zur Untersuchung von hysterisch Tauben, Analgetischen usw. Eine Änderung der Kurven bei äußeren entsprechenden Reizen zeigt dann, daß der hysterisch Taube hört, der Analgetische fühlt, der Blinde sieht usw.

Bunnemann (20) berichtet über einen Fall von angeblich psychogen entstandenem und durch Hypnose geheiltem Ekzem des Unterschenkels und über zwei Fälle von psychogener Psoriasis.

In sexuellen Störungen und Konflikten erblickt *Christoffel* (22) die Hauptursache herzneurotischer Beschwerden. Er empfiehlt zunächst Psychoanalyse und Psychotherapie.

Cimbal (23) betrachtet den seelischen Kampf als wichtigste Ursache der Neurosen. Er führt zum sogen. machothymen Symptomenkomplex der fünf Schichten betrifft: das Stimmungsleben, das Empfindungssystem, das Bewegungssystem (einschließlich Mimik und Sprache), das psychovegetative System, die Gedankenwelt. Ferner bewirken fünf seelische Kampfmechanismen Schädigungen dieser fünf Schichten oder sind neurotrop: die Verdrängung, die seelische Zerrissenheit, die Abwehr, die Verwöhnung und die Verwahrlosung. Am wichtigsten sind Schädigungen der vegetativen Schicht, doch ist der fünfschichtige Störungsmodus bei den Neurosen immer erkennbar.

Csépai (29) empfiehlt die Prüfung der Adrenalinempfindlichkeit als wirkliche hormonodynamische Methode einer Bestimmung des Sympathikusfonds durch intravenöse Injektion von 0,01 mgr. Adrenalin, da die Wirkung der subkutanen Injektionen sehr von den Resorptionsverhältnissen (schlecht bei Ödemen der Haut) abhängig ist. Man erhält dann normalerweise schon nach 45 Sekunden eine Blutdruckerhöhung von 10—30 cm. Am Ende der zweiten Minute ist das Ausgangsniveau wieder erreicht. Verf. fand Sympathikushypertonie bei Basedow, Hyperthyreosen und perniziöser Anämie. Sympathikohypotonie fand sich hauptsächlich bei *M. Addisson*, Ulcus ventriculi u. Asthma bronchiale.

Drescher (33) berichtet von einer Hysterika, der es gelang sich siebenmal laparotomieren zu lassen, ohne daß dabei ein pathologischer Befund erhoben werden konnte.

Faßl (37) berichtet über zwei Schwestern mit heriditärer Innenohrschwerhörigkeit, die von ihren taubstummen Eltern in eine Taubstummenanstalt gebracht worden waren und dort gewissermaßen das Hören verlernt hatten durch mangelhafte Übung ihrer noch gebliebenen Hörfähigkeit. Durch methodischen Einzelunterricht gelang es die Hörfähigkeit wieder zu erziehen und zu bessern.

Finkh (38) gibt eine kurze Übersicht über das Gedächtnis, seine verschiedenen Arten und die psychologischen Bedingungen seines Zustandekommens.

Nach seiner Ansicht (40) besteht eine Kontinuität des Bewußtseins auch im Schlafe, so daß z. B. manche Personen auf festen Vorsatz hin zu ganz bestimmten Zeiten allein regelmäßig aufwachen können. Als Ursachen der Träume kommen in erster Linie Organreize in Betracht, deren Sinnesreize nicht richtig erfaßt, illusionär umgedeutet oder im Sinne *Freuds* „umgestellt" werden. Ferner kann der Traum sein Material auch aus alten und neuen Erinnerungen nehmen.

In allgemeinverständlicher Form wird von *Finkh* (41) auf die engen Wechselbeziehungen zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen hingewiesen.

Finkh (43) erblickt in einer verspäteten Regulierung nervöser Reflexfunktionen der Blase bei neuropathischer Konstitution die Hauptursache der Enuresis nocturna. Er empfiehlt dagegen Verbalsuggestion und bei Zeichen größerer Erregbarkeit oder Erschöpfung Bettruhe.

Franke (46) gibt eine Übersicht über die modernen operativen Behandlungsmethoden der genuinen Epilepsie. Sie kommen nur bei schweren interner Therapie trotzenden Fällen in Betracht, und zwar in der Form der druckentlasteten Methoden, der Ventilbildung durch Balkenstich, des Suboccipitalstichs, der Trepanation der Hinterhauptsschuppe.

Fraenkel (47) weist darauf hin, daß Nebenniere, Hypophyse und Schilddrüse lebensnotwendige endokrine Organe sind, während ein Wegfall des Eierstocks die Erhaltung des Lebens nicht gefährdet. Der Eierstock hemmt die andern Blutdrüsen in ihrer Tätigkeitszeit infolge Absättigung ihrer inneren Sekrete. Der Eierstock hat nur eine endokrine spezifische Funktion, für die die anderen Drüsen nicht eintreten können, nämlich das befruchtete Ei im Uterus zur Insertion und ersten Entwickelung zu bringen. Im schwangeren Zustand wird der Eierstock durch die anderen Blutdrüsen unterstützt. Bei Schizophrenen, Epileptikern und Imbezillen fanden sich häufig genitale Hypoplasien schwerster Art.

Fröschels (51 u. 52) betrachtet das Stottern jenseits des Anfangsstadiums als eine Phobie, als ein Leiden physisch und gedanklich-sprachlichen Charakters, als „assoziative Aphasie". Diese Furcht vor dem Sprechen, die auf dem Glauben beruht, das Sprechen sei eine Leistung, muß erst beseitigt werden durch den Hinweis, daß die Sprechbewegungen automatisch ablaufen. Durch Atemübungen bei den verschiedenen Vokalen und Lauten entsprechenden verschiedenen Lippenstellungen und durch Sprechen von zunächst sinnlosen Silben hat er gute therapeutische Erfolge erzielt.

Fröschels (53) umschreibt die Stellung der Logopädie, die der medizinischen Wissenschaft angehört, zwar enge Beziehung zur Neurologie, Rhinologie, Laryngologie und Sprachpsychologie hat, aber doch eine selbständige Disziplin bildet.

Fröschels (54, 55) erklärt die verschiedenen Arten des Sigmatismus durch fehlerhafte Funktionen gewisser Zungenmuskeln und untersuchte die verschiedenen Dysarthrien mit den Methoden der experimentellen Phonetik, speziell der kymographischen Aufzeichnung der Zungenspitzenartikulation und der Sprachatmung und bringt sehr anschauliche Kurven.

Galant (57) weist den von *Liepmann* gebrauchten Ausdruck Psychogynäkologie zurück. Darunter sind nur die psychoneurotischen Symptome der Frauenleiden zu verstehen.

Im Gegensatz zu *Kretschmer*, der die Hysterie auf den Willen und Reflex zurückführen will, sucht *Galant* (58) die Psychogenien auf Instinkte, also unbewußte Psychismen zurückzuführen.

Galant (59) bringt einen interessanten kasuistischen Beitrag zur Frage der psychogenen Harnverhaltung.

Gerster (64) sucht bei Schlaflosigkeit durch Ausstrecken des Armes Ermüdung und Einschlafen zu erreichen.

Das bestens bekannte Werk *Gutzmanns* (69) liegt nach dem Tode des Verfassers in neuer Auflage von *Zumsteeg* bearbeitet vor. Es ist ein Standartwerk und zu den Vorzügen der alten Auflage treten neue Ergänzungen und Literaturhinweise. In umfassend gründlicher Weise werden Physiologie und Psychologie der Lautsprache sowie ihre Entwickelung behandelt, und dann die gesamte phonetische Therapie, die Atmungsübungen, Stimmübungen und Artikulationsübungen. Im speziellen Teil finden dann zunächst die peripheren Sprachstörungen, die Aphasien, die Sprachstörungen bei Defektpsychosen und die dysarthrischen Sprachstörungen eine eingehende Darstellung. In bezug auf das Stottern hält Verf. an der alten *Kußmaul*'schen Auffassung einer spastischen Koordinationsneurose fest im Gegensatz zur mehr psychologischen Erklärungsweise *Fröschels* u. a. Zum Schluß werden die symptomatischen Sprachstörungen bei Nervenkrankheiten und Psychosen erörtert. Überall findet dabei die Therapie eingehende Berücksichtigung.

Herrmann (75) berichtet über einen Fall von Epilepsie, bei dem eine anfangs die Anfälle einleitende sensible Aura später abgelöst wurde durch eine psychische deliriöse Aura.

Hofmann (78) fand bei Untersuchung von 64 Krampfkranken keinen der von *Kretschmer* beschriebenen Körperbautypen vorherrschend. Er fand sodann neben Anomalien des Haarwachstums, der Pigmentbildung und Hautbeschaffenheit nach Abschluß der Wachstumsperiode als anormalen Zustand überwiegende Unterlänge, die auf eine Korrelationsstörung im endokrinen System und besonders im zellulären Strukturaufbau der Hypophyse zurückgeführt werden muß.

Hoepfner (79) beschreibt einen Fall von enzephalitischer choreatischer Bewegungsstörung mit infrakortikal bedingter Atmungsinkoordination, die aber keine Sprachstörung im Sinne des Stotterns hervorrief. Die *Kußmaul-Gutzmann*sche

Ansicht, daß das Stottern eine spastische Koordinationsneurose sei, wird durch diese Beobachtung widerlegt.

Er fordert (80) für sprachgestörte Kinder die Errichtung von Sonderschulen mit Laboratorien, die experimentell-phonetische Untersuchungen ermöglichen.

Die Ursache des Stotterns erblickt er (81) in einer assoziativ-aphatischen Störung, die entsteht durch Überwiegen der dynamisch motorischen über die auditiv sensorische Sprachkontrolle.

Jaensch (83) beschreibt einen Fall von M. Basedow mit Lähmung beider Außenwander, beider M. r. sup. und des r. M. obl. inf.

Jehn (84) berichtet über günstigen Heilerfolg bei einem Fall von Colica mucosa nach seelischer Erschütterung durch Hypnose und Psychotherapie.

Kaldewey (89) wandte die *Löwenstein*sche Methode der kymographischen Aufzeichnung der unwillkürlichen Handbewegungen und der Atembewegungen, die bei perzipierten Reizen, Änderungen der Kurven zeigen, an, um psychogene Hörstörung von simulierter zu unterscheiden.

Karger (90) läßt bei der Schlaftiefenenuresis der Kinder nur einmal ordentlich wach wecken und urinieren, da dann die Schlaftiefenkurve flacher bleibt, das Kind durch den Harndrang leichter geweckt wird und nicht wieder einnäßt. Er verzichtet auf Psychoanalyse und Hypnose, und macht auf die häufigen Erziehungsfehler für die Ätiologie des Leidens aufmerksam.

Karger (91) empfiehlt bei Kindern mit petit mal-Attaquen, die Beziehungen zum Schlaf hatten, d. h. beim Schlafengehen, in der Nacht oder beim Aufstehen auftraten, Sol. Coffein. natr,. benzoic 4,0 : 20,0 tgl. 1—3 mal 10—15 Tropfen, 2—3 Monate lang zu geben.

Karger (92) prüfte die Fähigkeit Reflexe durch Willen und Vorstellungen abzuschwächen bzw. zu unterdrücken und fand, daß es Personen gibt, die durch eine willensstarke Konzentration der Aufmerksamkeit einen Reflexvorgang (z. B. Patellarreflex) abschwächen oder unterdrücken können und solche, die dasselbe erreichen durch Konzentration der Vorstellung auf ein dem Reflexvorgang fernliegendes Gebiet z. B. den Schlaf.

Kleemann (93) berichtet über zwei Fälle von psychogener Enuresis nocturna, die durch Hypnose und Suggestivtherapie geheilt werden konnten.

Kron und *Misch* (97) behandeln in erster Linie die Nervenkrankheiten, die mit den Zähnen und Erkrankungen der Mundhöhle mehr oder weniger in Beziehung stehen, sowie die Nervenkrankheiten die sonst gelegentlich in der Sprechstunde des Zahnarztes kommen können. Die Symptomatologie dieser Erkrankungen und ihre Therapie wird diesen Bedürfnissen angemessen in vorzüglicher Darstellung erörtert. Die Behauptung, daß durch Zahnersatz und Hebung der Kaufähigkeit Geisteskranke vielfach gebessert worden seien, dürfte jedoch nur cum grano salis zu verstehen sein.

Nach kurzem historischen Überblick gibt *Kutzinski* (98) zunächst eine symptomatologische Schilderung der Zwangszustände mit Berücksichtigung der Kriegserfahrungen. Es folgen dann therapeutische und forensische Hinweise.

In einem Fall (99) von schwerer Hysterie mit Delirien, Gangstörungen die,

wie die Psychoanalyse ergab, sich auf dem Boden eines starken unbefriedigten Sexualtriebes entwickelt hatte, brachte die Kastration Heilung.

Die *Löwi*sche Reaktion, d. h. die Mydriasis nach Einträufeln von 3 Tropfen Suprareninlösung 1,0 : 1000,0 in den Conjunctivalsack ist nach *Lepehnes* und *Schloßbergs* Untersuchungen (103) nicht pathognomonisch für eine Sympathikusläsion und differentialdiagnostisch nicht verwertbar für Erkrankungen des Pankreas, Diabetes, Hyperthyreosen usw.

Nach *Leyser* (107) sind alle hysterischen Bewegungsstörungen wie Krampfanfälle, Lähmungen, Tremor, Tics pathophysiologisch präformiert durch Organisation und Aufbau des Gehirns und beruhen auf funktioneller Alteration oder Ausschaltung jener Gebilde, die bei organischen Erkrankungen anatomisch geschädigt dieselben entsprechenden Bewegungsanomalien bewirken.

Löhlein (109) fand bei ca. 80% aller Schwangeren eine meist 4 Wochen ante partum auftretende und bis zur Geburt dann zunehmende bitemporale Hemianopsie, die sich erst 10 Tage nach der Geburt wieder zurückbildete und bei Mehrgebärenden größer als bei Erstgebärenden war. Sie wird bedingt durch die während der Gravidität eintretenden Vergrößerung der Hypophyse und Druck derselben auf das Chiasma, macht aber nur selten subjektive Symptome.

Gefühlszerrissenheit ist nach *Marcinowski* (113) eine Konfliktslage, die die Einheitlichkeit unseres Willens aufhebt und bewirkt, daß wir unter Umständen selbst Gegensätzliches zu gleicher Zeit wünschen und wollen. Durch Erziehung müssen wir immer anders sein oder erscheinen als uns innerlich zumute ist, die Gefühlszerrissenheit wird uns dadurch aufgezwungen. Geltungswille und Entwertungsangst sind die Pole, um die wir kreisen. Die Erziehungskunst muß mit positiven Zielvorstellungen arbeiten.

Meyer (117) beschreibt einen interessanten Fall, bei dem sich $2^1/_2$ Jahre nach einem Trauma der rechten Schulter eine Muskelatrophie mit Lateralsklerose entwickelte.

Die Fälle *Nonnes* (127) zeigten auch röntgenologisch die charakteristischen Kennzeichen der Chondrodystrophie, nämlich enchondrale Wachstumshemmung neben abnormen periostalen Knochenwucherungen. Die Psyche zeigte sich intakt.

Nach *Oswald* (130) ist für das Zustandekommen des Hypothyreoidismus keine besondere Disposition notwendig, wohl aber für das des Hyperthyreoidismus. Auch der thyreohyperplastische Kretinismus, also der Kretinismus mit Kropfbildungen, ist eine Hypothyreose. Denn das adenomatös wuchernde sezernierende Epithel kann ja ein unterwertiges Sekret liefern, wie ja Befunde von geringerem Jodgehalt darin zeigen. Durch Thyreoidalmedikation läßt sich oft auch hyperplastischer Kretinismus zum Verschwinden bringen. Für die Hyperthyreosen wie M. Basedow ist noch eine extrathyreoidale Disposition notwendig. In Kropfgegenden sind viele Menschen sehr empfindlich auf Jod und reagieren auf kleine Dosen mit Jodbasedowerscheinungen. Das Jod wirkt verkleinernd auf die Struma und bewirkt vermehrten Übertritt des Sekrets in den Säftestrom. Auch besteht eine besondere Disposition des Nervensystems auf Ansprechbarkeit für Schilddrüsensekret. Hauptsächlich gilt das für das viscerale Nervensystem, bes. den Sympathikus.

Poleck (135) lehnt eine spezielle Tropenneurasthenie als Sonderkrankheitsbild ab. Er hält die eigenartige Umwelt, die Gefährdung der Moral, die Einbuße der ethischen Qualitäten usw. mehr für die Ursache tropenneurasthenischer Erscheinungen als wie die Hitze und Schwüle des Tropenklimas.

Pototzky (136) betrachtet im Gegensatz zu *Zappert* die Neurosen als Reaktionstypen der drei Konstitutionstypen Neuropathie, Psychopathie und Hysterie.

Pötzl und *Schloffer* (138) beobachteten in einem Falle von traumatischer Epilepsie nach Freilegung des Gehirns durch Trepanation während der spontanen Anfälle Vorwölbung des Gehirns und einen Flüssigkeitserguß zwischen Hirn und Meningen, aber keine deutliche Hyperaemie. Als Ursache nehmen sie hierfür eine Entquellung der vorher gequollenen Hirnsubstanz an. Dieselben Beobachtungen konnten sie auch im Tierversuch am Hunde bei künstlicher Erzeugung von Krämpfen durch elektrische Rindenreizung machen.

Raimann (139) führt des näheren aus, wie bei den Neurosen Physisches und Psychisches ineinandergreift wie Seelisches sich körperlich auswirkt und umgekehrt.

Der Neurotiker betrachtet nach *Reichmann* (142) das Leben wie das Kind und der Primitive nur unter dem Aspekt des Lust- und Unlustprinzips. Er wird dadurch mehr oder weniger unfähig zum Gemeinschaftsleben und zur tendenzlosen Geselligkeit. Das unlustbetonte Gefühl der Niederlage und Ausgeschlossenheit, das er sich in der Gesellschaft holt, löst dann bei ihm Reaktionen aus, die ihm vermehrte Geltung verschaffen sollen wie hysterische Symptome usw. Wertvolle psychische Energien werden dabei vergeudet. Dadurch bekommt die Neurose eine negative soziologische Bedeutung, zumal sich ferner noch viele Menschen von Neurotikern infizieren lassen (Sektenbildung, psysische Epidemien, Zeitströmungen usw.)

Rohr (144) erzielte bei Chorea minor durch endolumbale Eigenseruminjektionen keine Erfolge, beobachtete sogar bei Wiederholung derselben in einem Falle entzündliche Zellvermehrung im vorher normalen Liquor.

Während nach *Rüdin* (146) für die Myoklonusepilepsie die recessive Erbanlage sicher steht, bedarf diese sehr wahrscheinliche Annahme für die genuine Epilepsie noch weiterer Untersuchungen. Auf Grund der wenigen zuverlässigen Deszendenzuntersuchungen fanden sich ca 9% Epileptiker bei den Kindern. Wahrscheinlich gibt es aber auch daneben vereinzelte familiäre Epilepsien mit dominantem Erbgang (*Lenz*, *Hoffmann*), die aber genotypisch von den genuinen verschieden sind. Daß Trunksucht auf mutativem Wege Epilepsie erzeugen kann, ist nicht sicher bewiesen. Fest steht nur, daß sich in Epileptikerfamilien häufig Trinker befinden. Wo aber die Anlage zur Epilepsie nicht vorhanden ist, da leiden auch die Kinder von Trinkern nicht an Epilepsie.

Salomon (147) hält die Chorea minor für eine septische encephalitische Erkrankung der subkortikalen Ganglien, die hauptsächlich in der Pubertät auftritt, weil hier infolge innersekretorischer Störungen die subkortikalen Zentren einen locus minoris resistentiae bilden (Veränderungen der Motorik nach *Homburger*). Therapeutisch empfiehlt er nach *Pattini* endolumbale Eigenseruminjektionen, vgl. hierzu *Rohr* l. c.

Schenk (150) berichtet über eine organisch bedingte Radialislähmung, die

nach Beseitigung der organischen Ursache aber psychogen fixiert wurde und nach 8 Jahren psychotherapeutisch geheilt werden konnte.

Schüller (158) teilt zwei Fälle von Epilepsie mit, bei denen es nach Anlegung eines Kocherschen Ventils zum Wegbleiben der Anfälle kam.

Schultz (159) ist der Ansicht, daß erbliche Belastung nicht notwendigerweise dasselbe Schicksal für die Nachkommen bedingt. Vererbt wird meist nur eine gewisse Disposition zu nervösen Erkrankungen, die oft ebensoviel Vorteile wie Nachteile in sich schließe. Jeder muß nur das ihm überkommene Persönlichkeitskapital richtig verwalten und nutzen.

Nach *Scripture* (160) ist das Stottern keine Koordinationsstörung im Sinne von *Kußmaul* und *Gutzmann* sondern eine Minderwertigkeitsneurose und Abnormität des Charakters, die bedingt wird durch seelische Konflikte in der Kindheit bei höchstwahrscheinlich abnormalen hormonalen Verhältnissen.

Nach *Scripture* (161) fehlen den epileptischen Sprachmelodiekurven die normalen kleinen Schwankungen und die Biegsamkeit. Sie zeigen Steifigkeit ohne Monotonie.

Sieveking (162) berichtet über die dritte Sitzung der Schweizerischen Kropfkommission und über die Kropfprophylaxe durch planmäßige Jodmedikationen.

Spielmeyer (166) hält mit *Redlich* die Ammonshornsklerose als das wichtigste für Epilepsie charakteristische Merkmal. Nachdem kommen relativ häufig bei Epilepsie zur Beobachtung periphere Randgliose, atrophische Veränderungen der Purkinjeschen Zellen im Kleinhirn und Entwickelungsstörungen wie Persistanz der Cajalschen Zellen in der ersten Brodmannschen Rindenschicht. All diese Befunde gestatten gegebenenfalls aber nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Epilepsie, da sie einzeln auch bei anderen Erkrankungen zu beobachten sind.

Die Neuauflage der *Steckel*schen Monographie (168) über die nervösen Angstzustände hält auf dem Boden der Psychoanalyse stehend an der früheren Grundanschauung fest und betrachtet die Angst immer als sexuell determiniert, und zwar durch unterdrückte sexuelle Wünsche und als Reaktion gegen das Verdrängen des Todestriebes der sich auf die Unterdrückung des Geschlechtstriebes oder Lebenstriebes aufbaut. Nur für die Kriegsneurosen gibt Verf. jetzt die sexuelle Ätiologie auf. Hier ruft der unterdrückte Lebenstrieb auch ohne sexuelle Komponenten Angst hervor. Das Buch bringt zur Illustration der theoretischen Ausführungen eine reiche Kasuistik psychoanalytischer Heilerfolge bei den verschiedensten Angstzuständen und Phobien.

Tramer (182) beobachtete etwa 9 Fälle von Epilepsie und 2 Fälle von Enzephalitis lethargica, die alle erfolglos mit Xifalmilch behandelt worden waren.

Traugott (183) weist auf die Beziehungen zwischen religiösem und erotischem Empfinden hin. Beiden liegt zugrunde das Gefühl der Unzulänglichkeit der eigenen Persönlichkeit, das nach einem außer ihm Befindlichen hinstrebt, das ihm helfen könnte. Völliges Aufgehen und Versenken in diesem andern findet sich ebenso im Liebes- wie im Religionskult. Bei gesteigerter Reaktion auf das Unzulänglichkeitsgefühl kommt es dann zu den hysterischen Krankheitssyptomen. Auch im sprachlichen Ausdruck (Liebesbrunst und religiöse Inbrunst, verliebte

Entzücktheit und religiöse Entzücktheit usw.) kommt diese Ähnlichkeit der beiden Grundgefühle zur Geltung.

Weckerling (186) beobachtete einen Fall von Epilepsie, bei dem es durch eine hinzugekommene Landrysche Lähmung, die sich wieder verlor, auch zum Aufhören der Krampfanfälle kam.

Weidner (187) sah selbst nach monatelanger Xifalmilchbehandlung (aller 3 Tage 2—4 ccm intramuskulär) keine Heilwirkung bei Epilepsie.

Im Gegensatz zu *Kogerer* hält *Weimann* (188) auf Grund eigener Untersuchungen die Verfettung der Pyramiden- und Körnerzellen des Ammonshorns nicht für Epilepsie pathognomonisch. Sie findet sich auch bei verschiedenen anderen Hirnerkrankungen und steht mit Krampfanfällen in keiner Verbindung.

Weiß (189) erblickt die Ursache der psychoneurotischen Störungen im Klimakterium in zwei Komponenten: erstens in einer Disharmonie der verschiedenen hormonalen Drüsenapparate, zweitens in einer konstitutionellen degenerativen Minderwertigkeit und Labilität des psychonervösen Apparates.

Wenderowič (190) berichtet über einen Fall von Hypnolepsie oder Narcolepsia Gélineau, bei dem die Schlafanfälle auf Thyreoidinbehandlung hin aufhörten. In einem Fall von symptomatischen Schlafanfällen bei postenzephalitischem Parkinsonismus läßt sich jedoch durch Thyreoidin keine Besserung erzielen.

Westphal (191) beobachtete einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose kombiniert mit paranoider Schizophrenie und einen Fall von Dystrophia musculorum progressiva bei Imbezillität. Im letzten Falle gesellten sich noch hinzu choreiforme Bewegungsstörungen.

In einem Falle *Wicks* (192) von Lid- und Augenmuskellähmung infolge angeborener Kernaplasie entwickelte sich unter Kriegseinflüssen eine psychogene Blindheit, die durch Wachsuggestion in Verbindung mit dem faradischen Strom fast vollständig geheilt werden konnte.

Wuth (194) bringt eine Zusammenfassung der bisherigen Forschungsergebnisse über Stoffwechselstörungen bei genuiner Epilepsie und Krampfzuständen. Die Ergebnisse sind noch nicht hinreichend gesichert und geklärt, um Schlüsse auf die biochemischen Ursachen der genuinen Epilepsie zu gestatten. Sie ermöglichen auch noch nicht epileptische Anfälle anderer Genese mit Sicherheit abzugrenzen. Charakteristisch sind die großen Schwankungen des Eiweiß-, Wasser- und Mineralstoffwechsels sowohl im anfallsfreien Stadium wie im Zusammenhang mit Anfällen. Für diese Schwankungen müssen vasomotorische Störungen verantwortlich gemacht werden, welche die Stoffwechselverschiebungen zwischen Blutbahn und Gewebe bewirken und auch die Jonenverschiebungen bedingen, die ihrerseits wieder eine Veränderung der Nervenerregbarkeit hervorrufen. Sichere Schlüsse über das Wesen und Grundstörungen der genuinen Epilepsie lassen sich aber heute noch nicht ziehen.

Wuth (195) fand, daß Schwankungen des Serumeiweißgehaltes nicht an das Vorkommen von Krampfanfällen gebunden sind. Vielleicht gibt es verschieden ausgelöste intervalläre Schwankungen; zentral ausgelöste und solche, die eine reine Folge des Krampfanfalles sind.

Nach *Aschner* (3) bewirkt Totalexstirpation der Hypophyse oder des Hypophysenvorderlappens Atrophie der Ovarien neben Zuruckbleiben des Gesamtwachstums und psychischer Entwickelungshemmung. Bekannt sind ferner die Vergrößerung der Hypophyse während der Schwangerschaft und die Kastrationshypertrophie der Hypophyse mit Vermehrung der eosinophilen Zellen im Vorderlappen. Auch bei hypophysärem Riesenwuchs findet sich meist genitaler Infantilismus ebenso bei der ebenfalls auf eine Unter- oder Dysfunktion der Hypophyse zu beziehenden Dysplasia adipositogenitalis.

Nach *Pette* (133) ist Neuralgie Ausdruck eines vasomotorischen Geschehens und hängt jedenfalls mit Sympathikusstörungen zusammen. Er beobachtete zwei Fälle, bei denen nach Entfernung der sympathischen Halsganglien (einmal wegen Asthma bronchiale, das andere Mal wegen kardialer Anfälle) Neuralgien im Gesicht auftraten.

Pette (134) fand in einem Fall von neurotischer Muskelatrophie auch chronisch degenerative Veränderungen an den Ganglienzellen der Vorderhörner sowie der Spinalganglien. Sie ist die Ursache einer distalwärts stärker werdenden Degeneration einzelner Nervenfasern.

Nach *Pototzky* (137) hängt die erfolgreiche Behandlung der Enuresis in erster Linie davon ab, inwieweit der einzelne Fall nach der konstitutionell-nervösen und nach der psychologischen Seite richtig erfaßt wird. E. findet sich bei Neuropathie, Psychopathie und Intelligenzstörungen. Die Behandlung muß diese verschiedene Ätiologie berücksichtigen. Medikamentös empfiehlt Verf. Ca und Campher in der Form Cadechol 0,1, Calcium lacticum 1,0.

Rosenthal und *Hoffmann* (145) beschreiben einen interessanten Fall von Dermatoneuromyositis mit sklerodermatischen Hautveränderungen. Klinisch bestand Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Muskulatur mit entzündlich-ödematöser Hautanschwellung darüber und erythematöser Rötung. Die Muskulatur zeigte außerdem qualitative Veränderung der galvanischen Erregbarkeit.

Stein (167) gibt einen kurzen historischen Überblick über die verschiedenen Theorien des Stotterns und schließt sich selbst den Anschauungen *Hoepfners* und *Fröschels* an, die eine assoziative Störung dafür als Ursache annehmen.

Stiefler (170) beschreibt einen Fall von Hemiatrophia faciei progressiva, der bemerkenswert war durch Beginn erst in höherem (67 J.) Alter und mit sensiblen Erscheinungen im Trigeminusgebiet einherging. Auch die trophischen Störungen müssen im Trigeminusgebiet liegen, da sich der Sympathikus bei pharmakologischer Prüfung intakt zeigte.

Galant (60) unterscheidet außer den typischen hysterischen Ideen, die auch hysterische Symptome erzeugen, noch sogenannte „normale hysterische Ideen", d. h. Ideen, bei denen der Wunschfaktor besonders hervortritt und nach schneller Umsetzung in eine Realität durstet, und die danach schnell absterben oder schnell erlahmen. In diesem Sinne sind oft die politischen Ideen normale hysterische Ideen, unbeständig, launenhaft, labil in bezug auf ihre affektiven Qualitäten. Sie degenerieren leicht und gehen unter.

Fumarola (56 a) beschreibt einen Fall von Adipositas analgica. Diese sel-

tene Krankheit, schon von *Carducci* 1901 beschrieben, ist eine klinische Abart der Lipomatosis dystrophica und hat mit der Adipositas dolorosa nur die Dystrophie des Subkutangewebes gewisser Körperregionen gemein.

Pighini und *Nizzi* (132 a) bringen eine genaue Beschreibung der Verbreitung des Kropfes in der italienischen Provinz Reggio-Emilia. Durch allgemeine hygienische Maßregeln, aber auch durch Verteilung von jod- und thyreoidinhältigen Schokoladeplätzchen unter Schulkindern haben sie wesentliche Besserung erreicht.

Jelliffe (85) bringt in einer äußerst fleißigen, viele Hunderte von Namen amerikanischer und europäischer Ärzte aufweisenden historischen Skizze zuerst die von Europäern gemachten Entdeckungen der anatomischen Befunde, der einzelnen psychiatrischen und neurologischen Symptome und Krankheiten, nachher die Arbeit der amerikanischen Psychiater und Neurologen von 1874 bis 1924. Hierher werden manche wertvolle historische Einzelheiten aus dem Dust der Archive für die Nachwelt gerettet. (56a, 132a, 85 *Révész.*)

---

10. Anstaltswesen und Statistik.

1. Allgemeines.

Ref.: W. Küffner-Hochweitzschen.

1. *Baumann*, Der Beamtenabbau und die Irrenärzte. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 25, H. 45/46, S. 243.
2. *Derselbe*, Nochmals der Beamtenabbau. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 25, H. 47/48, S. 251. (S. 244*.)
3. *Beyer, A.*, Ausbildung des Irrenpflegepersonals. Volkswohlfahrt Jg. 5, Nr. 11, S. 230. (S. 241*.)
4. *Derselbe*, Die Briefzensur in den Irrenanstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 25, Nr. 41/42, S. 223. (S. 243*.)
5. *Derselbe*, Irrengesetzgebung. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 1/2, S. 3.
6. *Derselbe*, Irrengesetzgebung. Volkswohlfahrt Jg. 5, Nr. 7, S. 143 (S. 242*.)
7. *Derselbe*, Vorschläge zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke. Volkswohlfahrt Jg. 5, Nr. 19, S. 394. (S. 243*.)
8. *Derselbe*, Zu dem Artikel „Drohende Rückschritte im Irrenwesen Deutschlands“. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 29/30, S. 151. (S. 243*.)
9. *Bleuler, E.*, Das ärztliche Geheimnis. Schweiz. Zschr. f. Unfallk. Jg. 18, Nr. 12, S. 265. (S. 243*.)
10. *Bresler, J.*, Bemerkungen zu den Vorschlägen zu einem Fürsorge-

gesetz für Geistes- und Gemütskranke von Dr. *Beyer*. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 33/34, S. 173.
11. *Derselbe*, Drohende Rückschritte im Irrenwesen Deutschlands. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 23/24, S. 121. (S. 242, 243*.)
12. *Derselbe*, Eine oberschlesische Nervenklinik. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 19/20, S. 104. (S. 241*.)
13. *Dubbers*, Über das neue Irrenschutzgesetz. Arch. f. Psychiatr. Bd. 70, H. 5, S. 648. (S. 242*.)
14. *Enge, I.*, Ratgeber für Angehörige von Geisteskranken. Halle a. S., Verl. C. Marhold, 63 S. 1 M. (S. 240*.)
15. *Faltlhauser*, Ein Fürsorgetag. Die Irrenpflege Nr. 7, S. 97. (S. 240*.)
16. *Derselbe*, Erfahrungen des Erlanger Fürsorgearztes. Allg. Zschr. f. Psychiat. Bd. 80, H. 1/2, S. 102. (S. 240*.)
17. *Fischer, M.*, Das badische Irrenfürsorgegesetz in der Bewährung. Monschr. f. krimin.-psychol. u. Straf.-Ref. Jg. 14, Nr. 8—12, S. 231.
18. *Fischer, H.*, Zum 60. Geburtstage *Robert Sommers*. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 37/38, S. 193. (S. 246*.)
19. *Flesch, I.*, Methode, benommene Kranke ohne Magenschlauch zu ernähren. Vers.-Bericht: Wien. med. Wschr. Jg. 74, Nr. 25, S. 1321
20. *Galant, S.*, Das Irrenwesen in Rußland. Die Irrenpflege Nr. 8, S. 115 (S. 243*.)
21. *Gebhardt*, Zu den Artikeln „Drohende Rückschritte im Irrenwesen" in den Nrn. 23/24 und 29/30 der Psych.-neur. Wschr. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 37/38, S. 195. (S. 242, 243*.)
21 a. *Giese, F.*, Psychotechnische Verfahren für Pflegepersonal in Heilanstalten. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5, S. 533. (S. 247*.)
22. *Göring, M.*, Die Aufgaben der Psychiatrie in der Fürsorgeerziehung unter Berücks. d. Jugendwohlfahrts- und Jugendgerichtsgesetzes. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. Bd. 94, H. 2 u. 3, S. 319.
23. *Gregor, A.*, Probleme und Aufgaben in der Fürsorgeerziehung. Zschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 5, S. 404.
24. *Häffner*, Die Tätigkeit der Fürsorgestelle für Nervöse und seelisch Kranke in Dortmund seit deren Bestehen (1921). Dsch. med. Wschr. Nr. 22, S. 724. (S. 240*.)
25. *Harris, I. G.*, Storehouse and vegetable preparation rooms. Americ. journ. of psychiat., Jan. (S. 246*.)
26. *Henneberg, R.*, Fahrlässige Einweisung in eine geschlossene Anstalt. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 1, S. 1.
27. *Herting, J.*, Die erste rheinische Irrenheilanstalt Siegburg. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3—5, S. 163. (S. 239*.)
28. *Derselbe*, Verminderung der Kosten für Geisteskranke. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 25, Nr. 47/48, S. 252. (S. 244*.)
29. *v. Hösslin, C.*, Die Krankenpflegeschulen an den bayrischen Heil-

und Pflegeanstalten. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3—5, S. 278. (S. 241*.)
30. *Jacobi, W.*, Über den Versuch einer Krankenpflegeschule an den klinischen Landesanstalten zu Jena. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 25/26, S. 131. (S. 241*.)
31. *Jolowicz*, Irrenpflege in Spanien. Vers.-Bericht: Dsch. med. Wschr. Nr. 15, S. 486.
32. *Ilberg, G.*, Bild eines Tollhauses im 18. Jahrhundert. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3—5, S. 256. (S. 239*.)
33. *Kirchhoff, Th.*, Deutsche Irrenärzte. II. Bd. Berlin, Springer. 335 S. 16,50 M. (S. 245*.)
34. *Klinke*, Welchen Nutzen hat das Taylorsystem für den Betrieb der Irrenanstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 11/12, S. 53. (S. 244*.)
35. *Knab*, Ein eigenartiger Selbstmordfall. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr 23/24, S. 127. (S. 245*.)
36. *Kolle, W.*, Das Staatsinstitut für experimentelle Therapie und das chemo-therapeutische Forschungsinstitut: „Georg Speyer-Haus in Frankfurt a. M." usw. Arbeiten a. d. Staatsinstit. f. exp. Therapie usw. H. 16, S. 5, 1924.
37. *v. der Leyen, R.*, Die Eingliederung der Psychopathenfürsorge in die Ausbildung der Jugendwohlfahrtspflegerinnen. Zschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 1, S. 17.
38. *Lustig, W.*, Zur Irren-Gesetzgebung. Fortschr. d. Med. Nr. 8/9, S. 103. (S. 242*.)
39. *Luxenburger, H.*, Zur Frage des Ärzteabbaus in den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 3/4, S. 11. (S. 244*)
40. *Maier, H.*, Der Entwurf eines Verwahrungsgesetzes. Monschr. f. Kri min. psychol. u. Strafr.-Ref. Jg. 14, H. 8—12, S. 224.
41. *Derselbe*, Über die Herausgabe von Krankengeschichten an die Gerichte. Schweiz. Zschr. f. Unfallk. Nr. 12, S. 268. (S. 243*)
42. *Marquardt, M.*, Paul Ehrlich als Mensch und Arbeiter. Stuttgart, Berlin u. Leipzig, Dsch. Vgs.-Anst. 112 S. (S. 245*.)
43. *Matthias*, Bemerkungen zu den Vorschlägen des Herrn Oberregierungsrates Dr. Beyer zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 35—36, S. 187. (S. 243*.)
44. *Müller, O.*, Aufgaben des Anstaltslehrers an der Heil- und Pflegeanstalt. Allg. Zschr. f. Psychiat. Bd. 80, H. 1/2, S. 126.
45. *Naumann, P.*, Die Pflegereinrichtung des Freistaates Sachsen. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3—5, S. 326. (S. 241*.)
46. *Naumann, J.*, Die Schwesterneinrichtung im Freistaate Sachsen. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3—5, S. 306. (S. 242*.)

47. *Neuendorff, A.*, Über Hängematten- resp. Netzbehandlung erregter Geisteskranker. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 25, Nr. 51—52, S. 275. (S. 247*.)
48. *Neumann*, Maßnahmen für die Sanierung von Anstalten. Dsch. med. Wschr. Nr. 9, S. 281. (S. 244*.)
49. *Pándy, K.*, Das Irrenwesen Ungarns von 1917 bis 1921. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 17/18, S. 95.
50. *Pohlmann*, Geheimer Sanitätsrat Dr. Backenköhler †. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 1/2, S. 7.
51. *Pötzl, O.*, Psychiaterhetze. Wien. med. Wschr. H 35, S. 1833.
51 a. *Pratt, G. K.*, Education and interpretation: Two essentials in a mental hygiene programm. Amer. journ. of psychiat., Jan. (S. 246*.)
52. *Quaet-Faslem*, Grenzfälle und Selbstmordgefahr. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26 Nr. 33/34 S. 177 (S. 244*.)
53. *Rabnow*, Das Gesundheitswesen in Berlin. Dsch. med. Wschr. Nr. 33, S. 1122.
54. *Raecke*, Jahresbericht der Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke über das Geschäftsjahr 1923/24. Frankf. Wohlfbl. Nov. S. 121. (S. 247*.)
55. *Derselbe*, Über die Bedeutung psychiatrischer Fürsorgestellen. Klin. Wschr. Nr. 39, S. 1769. (S. 240*.)
56. *Derselbe*, Über Psychopathenfürsorge. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 21/22, S. 111.
57. *Rittershaus*, Kulturkuriosa. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 25, H. 43—44, S. 235.
58. *Derselbe*, Stellungnahme des Landesverbandes der Hansestädte (R. V.) zu dem Entwurf eines Reichsirrengesetzes. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 25, Nr. 41/42, S. 227. (S. 242*.)
59. *Rüdin*, Die deutsche psychiatrische Forschungsanstalt. Schweiz. Vers.-Bericht: Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psychiatr. Bd. 15, H. 2, S. 312.
60. *Sacristán, José M.*, Die Fürsorge für Geisteskranke in Spanien. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 80, H. 5/6, S. 469. (S. 244*.)
61. *Sagel*, Die ärztl. Ausbildung der Schwestern im staatlichen Schwesternhause Arnsdorf i. Sa. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3—5, S. 320. (S. 242*.)
62. *Schaefer, Fr.*, Verminderung der Kosten für Geisteskranke. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, H. 1/2, S. 1.
63. *Schneider, K.*, Das zweite Jahr der Kölner Fürsorgestelle für Nervöse. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 27/28, S. 147.
64. *Simon* (Gütersloh), Aktivere Therapie in der Irrenanstalt. Dsch. Ver. f. Psychiatrie 1924, Bericht: Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 40, H. 5/6, S. 366. (S. 246*.)
65. *Sittig, O.*, Professor Arnold Pick †. Arch. f. Psychiatr. Bd. 72, H. 1, S. 1 und Med. Klinik Nr. 18, S. 623. (S. 245*.)

66. *Derselbe*, Professor Egmont Münzer †. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat. Bd. 94, H. 5. (S. 245*.)
67. *Steudel*, Deutsche kolonial-ärztliche Tätigkeit, Irrenpflege. Dsch. med. Wschr. Nr. 23, S. 768.
68. *Strümpell*, *A.*, Aus dem Leben eines deutschen Klinikers. Leipzig, F. C. W. Vogel, 294 S., M. 10,—. (S. 246*.)
69. *Sünner*, In memoriam Dr. Holub †. Psychiatr.-neur. Wschr. Jg. 26, Nr. 21/22, S. 114.
70. *Thumm*, *M.*, Zwei Jahre poliklinische Beratungsstelle beim Jugendamt Leipzig. Zschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 2, S. 99. (S. 240*.)
71. *Wachsmuth*, Bericht über die Irrenanstalt Eberbach aus dem Jahre 1828 an die K. französische Gesandtschaft. Allg. Zschr. f. Psychiatr. Bd. 81, H. 3/5, S. 242. (S. 239*.)
72. *Wickel*, Aus der Geschichte des Landeshospitals Haina in Hessen. (Ein Beitrag zu der Geschichte des Irrenwesens.) Die Irrenpflege Nr. 6, S. 83.

Wachsmuth (71) veröffentlicht eine interessante Zusammenstellung von Berichten über die Irrenfürsorge, wie sie 1828 an der Irrenanstalt Eberbach (Nassau) geübt wurde. Die Aufnahme Geisteskranker erfolgte wegen Selbst- und Gemeingefährlichkeit, Erregung öffentlichen Ärgernisses und zum Zwecke der Behandlung meist auf Antrag der Medizinalbeamten nur durch Verfügung der Landesregierung. Für Geisteskranke wurde ein Kurator ernannt. Diagnostik und Therapie der Geisteskrankheiten entsprach dem damaligen Stand psychiatrischer Wissenschaft. Viele moderne Gesichtspunkte sind eingestreut. Auch Ansätze einer Außenfürsorge finden sich. — *Ilberg* (32) bringt aus „Basedows Elementarwerk für die Jugend und ihre Freunde" (1774) das Bild eines Tollhauses nach einem Kupferstich von Endner mit dem dazugehörigen Text, der eine kurze Beschreibung des Bildes und der Anschauungen jener Zeit entsprechende Vorbeugungsmaßnahmen gegen das Verfallen in Geisteskrankheit enthält. — *Herting* (27) gibt mit einer ausführlichen Darlegung der Geschichte der Anstalt Siegburg einen Überblick über die Anfänge moderner Irrenbehandlung in Deutschland und zeigt die Schwierigkeiten, welche ein Bahnbrecher auf diesem Gebiet wie *Jakobi* gegenüber bureaukratischer Kurzsichtigkeit amtlicher Stellen und persönlicher wie konfessioneller Einstellung einflußreicher Kreise zu überwinden hatte. Siegburg wurde als Anstalt am 1. 1. 1825 eröffnet und am 1. 5. 1878 als nicht mehr entsprechend geschlossen. Es war lange Jahre eine Hochburg deutscher Psychiatrie.

Kolb hat schon 1911 als Anstaltsdirektor in Kutzenberg den Gedanken einer Außenfürsorge für Geisteskranke propagiert und in die Tat umgesetzt und Frühentlassungen Geisteskranker in ihre Familien zu einer Zeit durchgeführt, als noch wenige an eine solche Fürsorge dachten und die meisten Anstaltspsychiater in Anbetracht selbst entfernter Eventualitäten für Frühentlassungen die Verantwortung nicht übernehmen zu können glaubten, am wenigsten in die eigene Fa-

milie. Deswegen konnte Kolb, als nach dem Kriege das Fürsorgewesen eine nicht geahnte Entwicklung nahm, in Erlangen bereits mit einer wohlgefügten, vorbildlichen Organisation aufwarten. *Faltlhauser* (16) gibt eine eingehende Darstellung der Erfahrungen des Erlanger Fürsorgearztes, dessen Tätigkeit sich von der Erlanger Heil- und Pflegeanstalt aus insbesondere auf die Städte Nürnberg-Fürth erstreckt. Er kommt zu dem Resultat, daß den von *Kolb* in verschiedenen Arbeiten entwickelten grundlegenden Leitsätzen in langjähriger Praxis ein voller Erfolg beschieden war. Der Punkte sind zu viele, als daß ihrer in einem kurzen Referat einzeln Erwähnung getan werden könnte. Am 1. 10. 1914 standen 103, am 1. 10. 1922 746 Personen unter der Erlanger Geisetskranken-Fürsorge. In „Ein Fürsorgetag" wird vom gleichen Verfasser (15), dem Leiter der Erlanger Fürsorge, in populärer Weise die vielseitige Tätigkeit des Fürsorgearztes und seiner Organe abgehandelt. — *Häffner* (24) berichtet über die Fürsorge für nervöse und seelisch Kranke in Dortmund. 1922 wurden 137 Personen, darunter 57 Geisteskranke, 1923 129 Personen, darunter 88 Geisteskranke beraten. Die Fürsorgestelle untersteht dem Kreisarzt und ist dem Medizinalamt angegliedert. — *Raecke* (55) spricht sich über die Bedeutung psychiatrischer Fürsorgestellen aus. Ihre Aufgabe ist Betreuung gebessert oder ungeheilt aus Anstalten entlassener Geisteskranker, Untersuchung und Beratung freilebender Geisteskranker und Psychopathen, Auskunfts- und Raterteilung an das Publikum auf dem Gebiet der Irrenpflege. *R.* wünscht dringend weiteren Ausbau: öffentliche Unterstützungsprämien für Familien, die Geisteskranke oder Psychopathen aufnehmen, Tagesheime nach Art der Kinderhorte zur stundenweisen Beaufsichtigung Geisteskranker, Epileptischer oder Schwachsinniger, Adnexe an Arbeitskolonien für unverträgliche „Anstaltsbummler", Übergangsheime nach Art der Obdachlosen-Asyle für Anstaltsentlassene, welche ohne Familie in der Welt allein stehen. — Beim Leipziger Jugendamt ist 1918 durch *Gregor* eine psychiatrische Beratungsstelle eingerichtet worden. *Thumm* (70), der die Fortführung in den Händen hatte, stellt seine Erfahrungen für die Jahre 1922 und 1923 zusammen. Es wurden an 42 Sprechtagen mit 207 Beratungen 185 Kinder untersucht. Die Psychopathen waren am stärksten vertreten (104). Dann folgten angeborener Schwachsinn (42) , Epilepsie (13), Hysterie (3) u. a. Erblichkeit lag mindestens in ¼, uneheliche Geburt in $^1/_5$, Bettnässen in ¼ (davon $^3/_4$ Psychopathen) der Fälle, Schlafunruhe bei 39 Psychopathen vor. Über die Hälfte der Kinder war verwahrlost. *Th.* bespricht die von der Beratungsstelle eingeleiteten sozialhygienischen Maßnahmen. Er verlangt zum Schlusse Einrichtung solcher Stellen an allen Jugendämtern. Alle Bedürftigen müßten von der „offenen" Fürsorge erfaßt werden. Kein Fürsorgeerziehungsbeschluß dürfe ohne psychiatrische Mitwirkung ergehen.

Enges (14) „Ratgeber für Angehörige von Geisteskranken" ist in zweiter Auflage erschienen. Ein Buch, das besonders in der Außenfürsorge mit bestem Erfolg verwendet werden kann. Es gibt populäre Aufklärungen über Geisteskrankheiten, Irrenanstalten, Verkehr mit Geisteskranken, Entlassenen-Fürsorge u. a. m. und hilft falsche in Laienkreisen verbreitete Vorurteile beseitigen. —

Bresler (12) setzt sich unter Hinweis auf städtische Unternehmungen ähnlicher Art für die Errichtung einer Oberschlesischen Nervenklinik ein. Der Deutsch-Oberschlesische Industriebezirk werde auf einem Gebiet von 24 km Länge und 8 km Breite von rund fast 380 000 Menschen bewohnt. Die neue Klinik solle nach Art der Universitätsinstitute in erster Linie der Heilung und Forschung dienen. Sie müsse mehr Krankenhaus als Irrenanstalt sein.

Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten sind sämtlich als staatliche Krankenpflegeschulen anerkannt worden. Den Schülern wird nach bestandener Prüfung das Anerkennungsdekret als „staatlich geprüfter Krankenpfleger" (bzw. Pflegerin) ausgehändigt. *v. Hößlin* (29) wendet sich dagegen. Er legt eingehend und überzeugend dar, daß die Ausbildung von Pflegeschülern in einem Krankenhaus und in einer Anstalt im allgemeinen nicht gleichwertig sei. Wenn der theoretische Unterricht, allerdings unter erschwerenden Umständen, in ausreichendem Maße erteilt werden könne, sei eine genügende praktische Ausbildung nicht durchführbar. *H.* möchte die Irrenpflege in den Vordergrund gerückt wissen und spricht sich für ein Diplom als „Staatlich geprüfter Irrenpfleger" aus. — *Beyer* (3) äußert seine persönliche Meinung über die Ausbildung des Irrenpflegepersonals. Es lagen ihm Berichte aus zahlreichen preußischen Anstalten vor. Bei Kursen gemachte Erfahrungen waren dabei verwertet. *B.* möchte u. a. durch Ausbildung, Prüfung und Laufbahn den Stand des Irrenpflegepersonals gehoben wissen. Es sei nicht ratsam, für Irrenpflegepersonal eine Ausbildung und Prüfung einzuführen, durch die es die Rechte und das Diplom einer „staatlich geprüften Krankenpflegeperson" erhielte. *B.* möchte Irrenpfleger herangebildet sehen. Er sieht den Zweck der Kurse mehr in einer Einführung des Kursteilnehmers in seinem Beruf, als in einer Belastung mit einer Unmenge nur selten verwertbaren Wissens und hält das während des Kurses gewonnene Urteil des Kursleiters über den Prüfling für wertvoller wie die ganze Prüfung. Die auch heute noch übliche Kenntnisprüfung müsse mehr und mehr durch eine den Berufspflichten funktionell ähnliche Leistungsprüfung ersetzt werden. — In Jena wurde mit viel Enthusiasmus im November 1922 eine Krankenpflegeschule an den klinischen Landesanstalten ins Leben gerufen, die aber schon nach der ersten, wenig erfolgreichen Prüfung sich im Frühjahr 1924 wieder auflöste. *Jacobi* (30) hat darüber eine Denkschrift ausgearbeitet. Er bringt genaue organisatorische Angaben. Die Kurse erstreckten sich über 2 Jahre. Als Lehrer waren 2 Internisten, 1 Chirurg und 1 Psychiater tätig. Von 135 Pflegepersonen kamen 15 zur Entlassung, 20 sprangen im Lauf der Ausbildung ab, von den restierenden 100 meldeten sich 50 zur Prüfung. 40 wurden zugelassen. 8 traten zurück, 32 unterzogen sich der Prüfung. 15 genügten nicht. Dabei sei die Beurteilung eine äußerst milde gewesen. *J.* führt das Versagen auf die mangelhafte intellektuelle Grundlage der Kursteilnehmer zurück. — *P. Naumann* (45) schildert das Leben und Treiben im staatlichen Pflegerhaus Sonnenstein. Er beschreibt die Entwicklung der Irrenpflegerausbildung im Freistaat Sachsen. Das Pflegerhaus wurde 1888 in Hochweitzschen gegründet und 1922 nach Sonnenstein verlegt. Im Jahr werden durchschnittlich 20 Pfleger ausgebildet. Am 15. 9. 1924 waren

an den Sächsischen Landesanstalten 629 Pfleger tätig. Die Ausbildung gliedert sich in einen allgemeinen, ärztlichen und Berufsunterricht und dauert 1 Jahr. 2 Monate werden im Krankenhaus Pirna verbracht. Nach Ablauf des Ausbildungsjahres muß der Hilfspfleger sich 6 Monate an einer Landesanstalt betätigen. Ein Jahr nach der nunmehr abzulegenden Prüfung erfolgt die Anstellung als Beamter. Die Besoldung entspricht den Gruppen 3—5. — In ähnlicher Weise handelt *J. Naumann* (46) die Schwesterneinrichtung des Freistaates Sachsen ab. Das Schwesternhaus Arnsdorf ist aus dem 1888 in Hubertusburg gegründeten Pflegerinnenhaus hervorgegangen. Seit 1912 findet sich die Bezeichnung „Schwester". 1918 erfolgte die Verlegung nach Arnsdorf. Ende 1923 gab es in Sachsen 961 Arnsdorfer Schwestern. Die Ausbildung ist eine eineinhalbjährige. Der Unterricht entspricht inhaltlich dem der Pfleger. Zugleich werden für die Krankenpflege wertvolle häusliche Tugenden entwickelt. Das zweite Halbjahr wird am staatlichen Krankenstift Zwickau der Einführung in die allgemeine Krankenpflege gewidmet. Anstellungs-, Besoldungs- und Pensionsverhältnisse sind denen der Pfleger ähnlich. — Über die ärztliche Ausbildung der Arnsdorfer Schwestern berichtet *Sagel* (61). Der Lehrstoff entspricht im ganzen dem Inhalt des von der Medizinalabteilung des preußischen Ministeriums des Innern herausgegebenen Krankenpflegelehrbuches.' Das dritte Halbjahr bringt die spezialistische Unterweisung in der Irrenpflege. Den Abschluß bildet die staatliche Prüfung.

Eine Reihe von Aufsätzen behandelt die „Grundzüge eines Gesetzes zum Schutze für Geisteskranke". *Bresler* (11) wendet sich dagegen. Die Grundzüge bedeuteten Rückschritte. Mit dem neuen Aufnahmeverfahren sei eine schwere Belästigung für die Kranken verknüpft. Außerdem koste es mehr Geld. Der Geistesgesunde sei durch die alten Bestimmungen genügend vor Freiheitsberaubung geschützt. Auch Stadtamtmann *Gebhardt* (21) gibt *Bresler* recht. — *Rittershaus* (58) wendet sich scharf gegen den Gesetzentwurf im Namen des Landesverbandes der Hansestädte. Der Gesetzesentwurf degradiere die Geisteskranken unter anderen Kranken, die Irrenanstalten unter anderen Krankenhäusern, verzögere und verteuere die Aufnahme in die Anstalt zum Nachteil des Kranken und der Allgemeinheit, setze mangelhaftes Können und schlechtes Wollen bei den Irrenärzten voraus, sei ohne Sachkenntnis abgefaßt und teilweise praktisch undurchführbar. Anschließend stellt *R.* 6 Programmpunkte für ein zu schaffendes Irrengesetz auf. — Ebenso lehnt *Dubbers* (13) den Entwurf ab. Der Beamteneid der Ärzte öffentlicher Irrenanstalten sei nicht geringer zu werten wie der richterlicher Beamter und schütze vor unerlaubten Mißgriffen. *D.* befürwortet nur die Schaffung einer Beschwerdeinstanz für die in der Anstalt befindlichen Kranken. — *Lustig* (38) gibt zunächst eine Inhaltsangabe des Gesetzentwurfes. Dann schlägt er einige, wenn auch recht ungenügende Abmilderungen vor und fordert eine Bestimmung über die Fürsorge für Geisteskranke außerhalb der Anstalt. — Für Preußen nimmt *Beyer* (6) Irrenanstalten und Psychiater in Schutz gegen „die gefühlsmäßige Einstellung des Publikums, der Tagespresse, kurz der gesamten öffentlichen Meinung", die sich völlig grundlos gegen die Irrenärzte richte. Die Beseitigung des Mißtrauens gegen die Irrenärzte sei die nächste und wichtigste Aufgabe aller am Irren-

wesen interessierten Kreise. Trotz dieser Ausführungen macht der gleiche Verfasser (7) in einer späteren Arbeit für Preußen „Vorschläge zu einem Fürsorgegesetz für Geistes- und Gemütskranke“, die sich zwar an das bewährte Badische Irrengesetz anlehnen, in ihrer Gesamtheit aber kaum einen Fortschritt bedeuten. Nach Antragstellung, ärztlicher Begutachtung womöglich durch den Kreisarzt, Statthafterklärung durch den Landrat solle die Aufnahme in eine Anstalt erfolgen. Bei unmittelbarer Gefahr sei in Notfällen das Zeugnis eines beamteten Anstaltsarztes für die sogenannte „fürsorgliche Aufnahme“ genügend. Zur Überwachung der Anstalten wird ein „Zentralbeirat“ vorgeschlagen. *B* ist sich bewußt, daß er den Wünschen der Irrenärzte nicht entgegenkommt, verspricht sich aber von der staatlichen Kontrolle eine Richtigstellung der irregeführten öffentlichen Meinung. Die gleichen Ideen entwickelt *Beyer* (8) in einer Entgegnung auf den bereits angeführten Warnungsruf *Breslers*. Landesrat *Matthias* (43) antwortet in manchem treffend. Das Mißtrauen des Publikums gegen die Psychiater, das gar nicht in dem Maß, wie es *Beyer* ausgeführt, vorhanden sei, werde durch seine Vorschläge nicht zerstört, sondern genährt. Auch die Darlegungen von *M.* entsprechen nicht völlig den berechtigten Forderungen moderner Anstaltspsychiatrie. — Das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt hat durch Erlaß vom 2. 4. 1921 festzustellen versucht, ob Grundlagen für eine allgemeine Regelung der Briefzensur an Irrenanstalten zu gewinnen seien. Nach eingegangenen Berichten erwies sich eine solche Regelung als undurchführbar. Dagegen haben sich erprobte Gepflogenheiten herausgebildet, die *Beyer* (4) in einem ausführlichen Aufsatz veröffentlicht. Es ergab sich, daß eine Aufhebung der Briefzensur schwere Nachteile und Gefahren für die Öffentlichkeit, für die Angehörigen und die Kranken selbst heraufbeschwören könne. Die gegebenen Richtlinien dürten nicht schematisch durchgeführt werden. Individualität des Briefschreibers wie des Briefempfängers seien zu berücksichtigen.

Bleuler (9) wendet sich gegen die auf eine frühere Darlegung erfolgten Ausführungen des Bundesversicherungsrichters Dr. Segesser und vertritt nochmals den Standpunkt die Herausgabe von Krankengeschichten an die Gerichte zu verweigern. Das Gericht könne psychiatrische Krankengeschichten gar nicht richtig bewerten. Außerdem werde durch die Möglichkeit einer solchen Herausgabe das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Krankem vernichtet. Ähnlich äußert sich *Maier* (41).

Bresler (11) nimmt Stellung gegen Bestrebungen der Teilung der Direktionsgeschäfte in Irrenanstalten unter ärztliche und Verwaltungs-Direktoren. Der Verwaltungsbeamte komme auch unter dem ärztlichen Direktor genügend zu Wort. Auch ein Verwaltungsdirektor könne die technischen Betriebe nicht „innerlich, voll und ganz, theoretisch und praktisch“ beherrschen. Eine Teilung der Amtsbefugnisse lasse Reibereien befürchten. — *Gebhardt* (21) wendet sich als Verwaltungsbeamter gegen diese Ausführungen, ohne sie zu entkräften.

Galant (20) berichtet über das Irrenwesen in Rußland. Zunächst bringt er einen geschichtlichen Überblick. Entwicklung und Einrichtungen entsprechen im großen und ganzen westlichen Mustern. Für die neueste Zeit berücksichtigt *G.* eigentlich nur die Verhältnisse von Moskau Stadt und Gouvernement. Vier große Irrenanstalten und vier kleine psychiatrische Krankenhäuser mit insgesamt 2400

Betten werden nach modernen Gesichtspunkten geleitet. Die Stadt Moskau hat eine ausgedehnte Außenfürsorge. — Nach *Sacristan* (60) ist die Irrenfürsorge in Spanien trotz frühzeitiger Gründung irrenanstaltsähnlicher Einrichtungen weit zurück. Den entsprechenden staatlichen Stellen und der gesamten Ärzteschaft fehlt das nötige Interesse. Die Psychiatrie hat an den Universitäten keinen eigenen Lehrstuhl sondern wird als Anhängsel der gerichtlichen Medizin gelehrt. Eine psychiatrisch-wissenschaftliche Forschung gibt es in Spanien kaum. Ganz Spanien hat nur 2 staatliche Anstalten. Aufnahmen und Entlassungen sind weitgehend von der richterlichen Behörde abhängig. Es gibt keine für Irrenpflege ausgebildete Krankenwärterklasse. Besser steht es mit den Privatanstalten. S. schlägt die Gründung einer internationalen wissenschaftlichen Gesellschaft vor, von der psychiatrische Erfahrungen gewissermaßen konzentriert an die einzelnen Länder hinausgegeben werden können und fragt die deutschen Psychiater nach ihrer diesbezüglichen Meinung.

Der Beamtenabbau, der besonders in einzelnen Provinzen Preußens bei den Anstaltsärzten in verständnis- und rücksichtsloser Weise zur Durchführung kam, gehört der Geschichte an. Ein Ruhmesblatt bedeutet er für die maßgebenden Stellen nicht. *Baumann* (2) bespricht den Nachtrag zur Reichsabbauverordnung vom 28. 1. 1924 und die preußische Personalabbauverordnung vom 8. 2. 1924. Er sieht Verbesserungen in der letzteren: Möglichkeit der Anrechnung der bereits vor dem 1. 10. 1923 abgebauten Beamten und das Einspruchsrecht. Auch *Luxenburger* (39) behandelt das Thema des Ärzteabbaues und Berücksichtigung der bayerischen Verhältnisse. Er schildert die vielseitige Inanspruchnahme der Anstaltsärzte und nennt das Verhältnis: ein Arzt auf 150 Kranke (einschl. 30% Neuaufnahmen) die äußerste Grenze des Entgegenkommens. — Ausgehend von einer Anregung des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt vom 6. 12. 1923 untersucht *Herting* (28) die Möglichkeiten durch Fürsorge außerhalb der Anstalten die Kosten für Geisteskranke zu vermindern. Er schlägt als gangbare Wege einerseits die Entlassung der Kranken in die Familie unter Erstattung eines entsprechenden Pflegegeldes, andererseits die Versorgung siecher, aber sonst ruhiger Geisteskranker in anderen Krankenhäusern vor und glaubt, daß auf diese Weise 10 bis 20% der Anstaltspfleglinge die Anstaltsbehandlung ohne wesentlichen Schaden missen könnten. — *Klinke* (34) will durch Einführung des Taylorsystems den Betrieb der Irrenanstalten verbilligen. — *Neumann* (48) faßt in einer kleinen Arbeit Maßnahmen für die Sanierung von Anstalten zusammen. Er bespricht kurz die verschiedenen Ausgaben und Einnahmen die sich das Gleichgewicht halten müssen. Eine gewissenhafte Buchführung sei Vorbedingung.

Nach *Quaet-Faslem* (52) lassen sich Selbstmordfälle in offenen Nervensanatorien nie völlig vermeiden. Zwangskranke, Hypochondrische, Grenzfälle nach der Psychose hin, besonders Hypomelancholie machten dem behandelnden Arzt viel Sorge. Wann soll er eingreifen? Sicherheit gewährt nur die geschlossene Anstalt. Aber Kranke und Angehörige scheuen davor zurück. Auch für die Mitkranken des Sanatoriums bedeutet eine Überführung aus ihrem Kreise eine seelische Erschütterung. Auf die suggestive Wirkung eines Suicids auf die übrigen Sanatoriumsinsassen

und die Möglichkeit der Dissimulation wird kurz eingegangen. Die beste Schutzmaßnahme sei eine genügende Zahl von Ärzten, damit Wesensveränderungen der Kranken nicht übersehen würden. — *Knab* (35) beschreibt einen brutalen Selbstmordversuch einer Epileptischen mit tödlichem Ausgang. Kurz vorher noch ruhig, freundlich und geordnet brachte sich die Kranke kurze Zeit ohne Aufsicht gelassen mit einer 4 cm langen Stahlstecknadel durch sägende Bewegungen schwere Verletzungen am Hals (Kehlkopf) und am linken Unterarm bei.

Das kleine Werk von Martha *Marquardt* (42) zeigt, nachdem in einem Vorwort Koch auch dem Forscher und Wissenschaftler gerecht geworden, den Menschen und Arbeiter Paul Ehrlich, wie er in täglichem Umgang seiner nächsten Umgebung erschien. Eine Reihe kleiner intimer Beobachtungen wird der Leser hier finden, die er in den anderen Schriften über Ehrlichs Leben und Wirken vergeblich suchen würde, welche aber psychologisch von größerem Wert sind, wie die meist subjektive Persönlichkeitserfassung in den üblichen Biographien. Ehrlichs langjährige Sekretärin beschreibt und erzählt objektiv ohne Hinzufügung von Werturteilen. Wir sehen Ehrlichs Heim, seine Arbeitsstätte, sein Faktotum Kadereit anschaulich vor uns, wir lächeln über seine durch strengste Konzentration auf wissenschaftliche Fragestellungen bedingte Professorenzerstreutheit, wir lieben seine Menschenfreundlichkeit, wir bewundern sein geniales Schaffen, kurz, wir erleben seine kleinen Schwächen wie seine großen Züge. — *Sittig* (65) gedenkt des am 4. 4. 1924 an einer Sepsis fast 73 Jahre alt gestorbenen Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie der Prager Universität *Arnold Pick*. *P.* war 35 Jahre Vorstand der Klinik. Sein Hauptarbeitsfeld war die Neurologie. Seine Forschungen wurden durch hirnpathologische Arbeiten ergänzt. Insbesondere hat er Hirnlokalisation und Aphasielehre gefördert. Es gibt aber auch kaum ein Gebiet der Psychiatrie, zu dem er nicht einen wertvollen Beitrag geliefert hätte. *Sittig* schließt ein Verzeichnis von 280 Arbeiten an. An anderer Stelle (Med. Kl.) spricht er von 350 Arbeiten, die *Pick* veröffentlichte; Ausführungen in der Med. Kl. entsprechen in abgekürzter Form den obigen Darlegungen. Auch dem am 11. 9. 1924 im Alter von über 59 Jahren verstorbenen Prager Internisten und Neurologen Professor *Egmont Münzer* widmet *Sittig* (66) einen Nachruf. Er geht kurz auf seinen Werdegang und seine neurologischen Arbeiten ein.

Mit diesem zweiten Bande ist die von *Kirchhoff* (33) herausgegebene Sammlung der Lebensbeschreibungen deutscher Irrenärzte, der „Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens“, abgeschlossen. In einem längeren Vorwort hat der Herausgeber noch in großen Zügen eine Gesamtübersicht der leitenden Ideen in der Entwicklung der Irrenheilkunde Deutschlands gegeben, die Fertigstellung des Werkes hat er aber nicht mehr erlebt, und so konnte *Kraepelin*, dessen Anregung das Zustandekommen des Werkes zu verdanken ist, mit *Kirchhoffs* Lebenslauf diesen Band abschließen. Er beginnt mit *Griesinger*, der sowohl für die wissenschaftliche wie die praktische Arbeit der Irrenheilkunde der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts Ziel und Wege gewiesen hat. Die Auswahl der weiteren Lebensbeschreibungen ist bei der mit der raschen Entwicklung der übrigen medizinischen Wissenschaften und der Ausbreitung einer geregelten Anstaltspflege einhergehenden lebhaften Betätigung auf

allen Gebieten der Irrenheilkunde dem Herausgeber schwer geworden, es sind aber doch die Hauptvertreter aller Arbeitsrichtungen und, was nicht zu vergessen ist, aus dem gesamten deutschen Sprachgebiet unter den 62 Lebensbeschreibungen zu finden. Ein ausführliches Namens-, Orts- und Sachverzeichnis für beide Bände erhöht die Brauchbarkeit des Werkes. — Unvollständig ist das Werk nur darin, daß die Arbeit und Persönlichkeit vieler noch Lebender zur Vervollständigung des Zeitbildes und der Umwelt der Geschilderten gehört, was den Wunsch nach einer Fortsetzung des Werkes zu gegebener Zeit offen läßt. (Dehio)

Harris (25) bespricht mit jener Selbstverständlichkeit und Großzügigkeit, wie dies nur in einem der reichsten Länder der Erde möglich ist, die Errichtung eines Vorratshauses für allerlei Lebensmittel, berechnet für ein Spital mit 3000 Kranken und 600 Angestellten. (*Révész*)

Pratt (51a) spricht einer Geisteshygiene das Wort, welche er als echter Yankey dem großen Publikum so anpreisen will wie eine wichtige Ware, die nur dann Absatz findet, wenn ihr Wert aller Welt durch Reklame klar wird. (*Révész*)

Als letztes Werk seines arbeitsreichen Lebens hat uns *Strümpell* (68) seine Lebensschilderung geschenkt. Einfach, wohlwollend und anregend, wie er im Leben war, erscheint er auch in diesem Buch, in dem er plaudernd erzählt, wie sich sein Lebensgang und sein wissenschaftliches Schaffen entwickelt hat. Von Dorpat aus geht der Weg über Leipzig, Erlangen, Breslau, Wien nach Leipzig zurück und überall erfahren wir nicht nur, was er selbst getrieben und erstrebt, sondern auch, was er mit hellem Blick aus dem Weltgetriebe aufgenommen hat. Ausführlich weilt er immer wieder bei dem wissenschaftlichen und geselligen Leben der Universitäten, lebendig zieht der Fortschritt der Medizin, vor allem der Neurologie, an uns vorbei. Aber auch die sonstigen Kulturereignisse berührt er nicht selten, vor allem wird das Gebiet der Musik so liebevoll und breit behandelt, als sei es das Feld seiner Lebensaufgabe. Interessant ist auch, was *Strümpell* von seinem Vater, dem Philosophen und Psychologen schreibt. Einen besonderen Wert erhält das Buch dadurch, daß *Strümpell* nicht nur sachlich berichtet, sondern oft kritische Erörterungen und Ausblicke auf die Zukunft einflicht. (*H. Müller*)

In seiner kurzen Skizze würdigt *H. Fischer* (18) *Sommers* vielseitige und erfolgreiche Tätigkeit, die sich nicht auf die Psychologie und Psychiatrie beschränkt, sondern weit hinübergreift in philosophische naturwissenschaftliche und soziale Interessen. (*H. Müller*)

Simons Darlegungen (64) weisen uns eine Arbeitsrichtung, von der man eine Neubelebung der praktischen Psychiatrie erhoffen kann. Nach den großen Errungenschaften der irrenärztlichen Patriarchen des 19. Jh. war eine gewisse Stockung eingetreten. *Simon* baut nun auf den alten irrenärztlichen Grundsätzen auf, die in zielbewußter Erziehung jedes einzelnen Kranken, in sorgfältigster Kleinarbeit des Abteilungsbetriebs und in weitester Ausdehnung der Krankenbeschäftigung die Irrenpflege auf große Höhe hoben. Er gibt einen neuen Ansporn, hierbei alle Kranken zu erfassen und in zähester Energie, alle Widerstände zu überwältigen. Besondere Hilfsmittel sind ihm dabei: Vermeidung längerer Bettruhe, Erziehung des Kranken zur Verantwortlichkeit, richtig betriebener Kampf gegen alle Krankheitsäuße-

rungen, u. U. mit energischen Mitteln (kurze Isolierung, Suggestion unter Beihilfe mäßig starker Faradisation). *Simon* berichtet, daß es ihm so gelungen ist, die Krankenabteilungen völlig geordnet zu gestalten. In der Diskussion werden von verschiedenen Seiten vor allem der Nutzen der Bettbehandlung und die Notwendigkeit des Vermeidens aller Strafen betont, im großen und ganzen aber *Simons* Bestrebungen begrüßt. (*H. Müller*)

Neuendorff (47) empfiehlt die in Bernburg seit 20 Jahren eingeführten Hängematten, aber nur als Notbehelf bei Mangel an tüchtigem Pflegepersonal. Die Kranken empfanden die Verbringung ins Netz nicht unangenehm; durch die Anwendung der Matten wurden unliebsame Auftritte vermieden. Eine vorurteilsfreie Nachprüfung der vom Verf. empfohlenen Methode erscheint angezeigt, soweit und solange man ohne andere Zwangsmittel (Zelle, Packung, Schlafgifte), die alle ihre großen Schäden haben, nicht auskommt. (*H. Müller*)

Nach *Raeckes* Bericht (54) bestehen die Hauptaufgaben der Frankfurter Fürsorgestelle in „Beratung und Überwachung der in Freiheit lebenden geistig Abwegigen (Geisteskranken und Psychopathen), Gewährung von Familienschutz, Einweisung Erregter in Anstalten, Unterstützung der aus Anstalten Entlassenen und Vorbeugung von Rückfällen". Außerdem hat sie sich unwillkürlich zu einer Auskunftsstelle über alle psychiatrischen Fragen gestaltet. Insgesamt haben 2486 Hilfesuchende sie in Anspruch genommen. (*H. Müller*)

Giese (21a) bespricht, welche Eigenschaften der Beruf vom Pflegepersonal fordert, und gibt ein Schema der zur Prüfung dieser Eigenschaften geeigneten psychotechnischen Verfahren (z. B. für Sinneswahrnehmung, Intelligenz, Konzentration, Ethik, Arbeitsweise), indem er einzelne etwas genauer erklärt. Er tadelt die Art, wie vielfach der Unterricht des Personals abgehalten wird, und will ihn auf psychotechnische Basis stellen. Der nächste Schritt wäre — wie er kurz andeutet—, bei einem so unwirtschaftlichen Betrieb wie die Irrenanstalt, die Taylorisierung des ganzen Anstaltsbetriebes. (*H Müller*)

II. Anstaltsberichte.

Ref.: H. Müller, Leipzig-Dösen.

1. Bernische kantonale Irrenanstalten: Waldau, Münsingen und Bellelay. Bericht für 1923. Direktion des Gesundheitswesens: Reg.-Rat *H. Simonin* in Bern.
2. Burghölzli. Zürcherische kantonale Heilanst. Bericht für 1923. Direkt. d. Gesundheitswes.: *Ottiker*. Verw. d. Anst.: *Aeppli*.
3. Friedrichsberg in Hamburg. Staatskrankenanstalt u. psychiat. Univers. klin. Beitrag zur Krankenanstaltsbehandlung u. Fürsorge psych. Kr. u. Nervenleidender. von Prof. Dr. *W. Weygandt*. Hamburg, *O. Meißner* 1922. 36 S., M. 0,80.
4. Herisau. Appenzell-Außerrhodische Heil- u. Pflegeanst. Bericht für 1923. Dir.: Dr. *O. Hinrichsen*.

5. Königsfelden. Aargau. Kantonale Heil- u. Pflegeanst. Bericht für 1923. Dir. *A. Kielholz.*
6. Lanark. District Board of Control. Annual Report 1923/24.
7. Münsterlingen. Thurgauische Irrenanst. Bericht für 1923. Dir.: *Dr. Wille.*
8. Nykøbing Sj. Lindssygehospitalet. Bericht für 1923. Overlaege: *Frode Krarup.*
9. St. Pirminsberg. Heil- u. Pflegeanst. 66. Bericht für 1923, Dir. *Haeberlin.*
10. Realta. Kantonales Asyl. Bericht für 1923.
11. Santiago de Chile. Casa de orates. Bericht für 1923. Dir.: *Francisco Echenique.*
12. Schwerin. Kinderheim Lewenberg. Heil- u. Pflegeanst. f. geistesschw. Kinder. Bericht für 1922/23 und 1923/24. Dir. Dr. *Rust.*
13. Stiftung Tannenhof b. Lüttringhausen (Rheinl.) Evang. Heil- u. Pflegeanst. für Gemüts- u. Geisteskranke. Bericht für 1923/24. San.-Rat: Dr. *Beelitz.*
14. St. Urban. Kantonale Irrenanst. Bericht für 1922/23. Sekundärarzt: Dr. *Jakob Wyrsch von Stans.*
15. Wil. Kantonales Asyl. 32 u. 33. Bericht für 1923. Dir. Dr. *Schiller.*
16. Zürich 8. Kinderhaus Stephansburg. Bericht für 1923. Direktion I. A. Oberarzt *Hans W. Maier.*

Von deutschen Anstalten sind noch kaum Berichte eingegangen. *Schwerin-Lewenberg* (12) meldet 1922/23 Zugang 40, Abgang 31, Endbestand 253, 1923/24 47 — 45 — 255. „Die Organisation der Fürsorge in Stadt in Land ... macht sich insofern bemerkbar, als durch die Fürsorgerinnen vernachlässigte Kinder ausfindig gemacht und der Anstalt zugeführt werden".

Tannenhof (13) hat sich durch Hilfe aus Holland, Amerika und Schweden über Wasser gehalten. Das Brüderhaus zählte zum Schluß 21 Brüder und 9 Pfleger, das Schwesternhaus 118 Diakonissen und lernende Schwestern. Die Schwierigkeiten des Verkehrs zwischen besetztem und unbesetztem Gebiet werden lebendig geschildert. Typhus- und Ruhrerkrankungen machten Sorgen. Die Tuberkulose hat sich vermehrt, Alkoholisten und Morphinisten haben zugenommen: Folgen der Kriegszeit. Der Rückgang des Krankenbestandes, in dem die Frauen an Zahl überwiegen, von 501 auf 456 wird auf die hohe Ziffer der Todesfälle, 133, zurückgeführt.

Das Heft von Friedrichsberg (3) bringt einen kurzen, aber recht interessanten mit Abbildungen geschmückten Überblick auf die Geschichte der Hamburger Irrenfürsorge, beginnend mit den „Tollkisten" des 14. Jh. Der Aufschwung im 19. Jh. unter Ludwig Meyer, Beye und Weygandt wird genauer behandelt. Der Hauptteil bringt eine ausführliche Beschreibung von Friedrichsberg und seinen ganzen Pflege-, Heil- und Lehreinrichtungen seit dem Umbau und der Angliederung an die Universität. Zum Schluß sind die von dort veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten der Jahre 1908—1922 einzeln aufgeführt.

Bernische Anstalten (1):

Waldau:	Zugang	181	Abgang	173	Endbestand	868
Münsingen:	„	180	„	166	„	870
Bellelay:	„	43	„	42	„	350

Burghölzli (2). Zugang 765, Abgang 760, Enbestand 385. Die Aufnahmezahl der Schizophrenen und Paralytiker ist zurückgegangen, die der Manisch-Depressiven und Alkoholiker gestiegen, die der letzteren seit 1921 regelmäßig. Von Ärzten sind insgesamt 322 Gutachten erstattct worden! Beschäftigt wurden 79,7% der Kranken. Die psychiatrische Poliklinik (unter *Hans W. Maier*) wurde verlegt und vergrößert.

Herisau (4). Zugang 121, Abgang 138, Endbestand 275. Beschäftigt wurden 45%. Anstelle von Dr. *A. Koller* ist Dr. *O. Hinrichsen* Direktor geworden.

Königsfelden (5). Zugang 270, Abgang 274, Endbestand 782. Beschäftigt wurden 45,1% Männer, 46,1% Frauen.

Münsterlingen (7). Zugang 147, Abgang 141, Endbestand 459.

St. Pirminsberg (9). Zugang 77, Abgang 80, Endbestand 307.

Realta (10). Zugang 149, Abgang 130, Endbestand 336.

St. Urban (14). Zugang 1922: 171, 1923: 211, Abgang 186, bzw. 198, Endbestand 565. Zum Schutz der Schwestern gegen Tuberkulose hat man einen Staubsaugeapparat angeschafft. Beschäftigt: Frauen 34%, Männer 50%.

Wil (15). Zugang 359 (319 Geisteskranke), Abgang 353, Endbestand 854. Beschäftigt: Männer 78%, Frauen 72,5%. Als ein Zeichen des „gegenwärtig herrschenden seltsamen Zeitgeistes" wird die große Zahl der Alkoholiker-Aufnahmen (bei Männern über 25% der Gesamtaufnahmen) angeführt.

Zürich-Stephansburg (16). Zugang 60, Abgang 67, Enbestand 14. Diese neue Anstalt dient zur Beobachtung und Behandlung nerven- und gemütsleidender Kinder. Unter Leitung *H. W. Maiers* waren ein Arzt und ein Pädagoge tätig. Schwierig war es postencephalitische Kinder nach abgelaufener Beobachtung und Behandlung unterzubringen; die Errichtung einer besonderen schweizerischen Anstalt hierfür wird vorgeschlagen. Einige Beispiele aus dem Wirkungskreis der Anstalt sind angeführt.

Lanark Distrikt (6). Hartwood asylum (med. superint. Neil. T. Kerr) Zugang 354, Abgang 292, Endbestand 1150. Ein kleiner Laden zum Verkauf von Tabak, Süßigkeiten und Mineralwasser ist für die Kranken eingerichtet worden. Birkwood certif. institution (superint: Mrs. J. Davidson) für jugendliche Schwachsinnige, eröffnet 24. 7. 1923, Zugang 34.

Nykøbing. Zugang 246, Abgang 148, Endbestand 794.

Santiago: Zugang 1160, Abgang 1101, Endbestand 2243. Der Bericht ist durch einige Bilder geschmückt.

11. Gerichtliche Psychiatrie.

Ref. W. Küffner, Hochweitzschen.

1. *Adlermann, Th. D.*, Is impulsive insanity a justifiable defense in murder? Nat. eclect. med. assoc. quart. Bd. 16, Nr. 1, S. 55.
2. *Bischoff, E.*, Kasuistische Mitteilungen über Anleitung zur Simulation von Geisteskrankheit. Arch. f. Kriminol. Bd. 75, S. 291.
3. *Bonhoeffer, K.*, Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen. Klin. Wschr. H. 18, S. 798.
4. *Boeters*, Aufruf an die deutsche Ärzteschaft! Ärztl. Vereinsbl. Nr. 1297, S. 3, Nr. 1304, 90 u. 1305, 99. (S. 260*.)
5. *Derselbe*, Die operative Unfruchtbarmachung der Blödsinnigen, Geisteskranken usw., gewürdigt von der rechtlichen Seite. Erwiderung. Münch. med. Wschr. Nr. 21, S. 685.
6. *Bratz, E.*, Die Begutachtung psychogener Zustände. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 18, S. 171. (S. 261*.)
7. *Derselbe*, Obergutachten über die Frage der Dienstbeschädigung bei Paralyse. Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichts Bd. 3, Liefg. 5, S. 293.
8. *Derselbe*, Obergutachten über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Jugendirresein (Dementia praecox, Schizophrenie) und dem Militärdienst. Ebenda: S. 285.
9. *Brauer, P.*, Der Fall des Massenmörders Haarmann in sexualpatholog. Beleuchtung. 2. veränd. Ausg. Hannover. Freyholdt & Hammer. 32 S. 0,50 M.
10. *Braun, H.*, Die künstliche Sterilisierung Schwachsinniger. Ztrlbl. f. Chir. Nr. 3, S. 104. (S. 260*.)
11. *Bremer, Fr. W.*, Lassen sich aus den bisherigen Ergebnissen der modernen Vererbungslehre in der Psychiatrie neue Gesichtspunkte für die Anwendung der §§ 1333 und 1334 des BGB. aufstellen? Dtsch. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, H. 6, S. 513.
12. *Brunzlow, O.*, Die experimentelle Erforschung der Hysterie in ihrer Bedeutung für die ohren- und nervenärztliche Begutachtungspraxis. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 14, S. 131 u. Nr. 15, 141.
13. *Zum Busch*, Gesetz des Staates Montana (Nordamerika), nach welchem Personen, deren Fortpflanzung ein allgemeines Interesse entgegensteht, sterilisiert werden können. Dtsch. med. Wschr. Nr. 13, S. 413.
14. *Du Chateau et Verstraetem*, L'annexe psychiatrique de la prison de Gand. Ann. de méd. lég. Nr. 7, S. 324.
15. *Crocq*, J., Sur la nécessité et l'urgence de mesures de protection sociale à l'égard des aliénés antisociaux. Journ. de neurol et de psychiat. Nr. psychiat. 2. S. 27.

16. *Dehnow, F.*, Sterilisierung und Strafrecht. Arch. f. Kriminol. Bd. 76, H. 3, S. 191.
17. *Delbrück, H.*, Ein bemerkenswerter Fall von Schlaftrunkenheit. Dtsch. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, H. 4, S. 369. (S. 256?.)
18. Die gegenwärtige Lage der Sterilisierungsfrage in Schweden. Arch. f. Rassen- u. Gesellschbiol. Bd. 16, H. 1, S. 85.
19. *Dirksen, E.*, Asoziale Familien. Dtsch. Ztschr. f. öff. Gesundh.-Pflege H. 5—6, S. 89 u. H. 7/8, 129. (S. 258*.)
20. Discussion on proposed changes in the law regarding the criminal responsibility of the insane. Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 1, sect. of psychiat., S. 1.
21. *Döllner*, Der § 224 StGB. und der Begriff der schweren Körperverletzung. Dtsch. Ztschr. f. d. ges, ger. Med. Bd. 4, H. 2, S. 128. (S. 262*.)
22. *Derselbe*, Gerichtsärztliche Erfahrungen aus dem Militärversorgungswesen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. H. 10, S. 92, H. 11, 104 u. H. 12, 111. (S. 261*.)
23. *Döring, M.*, Richtlinien für den kinderpsychologischen Sachverständigen in Sexualprozessen. Pädag.-Psychol. Arbeiten aus d. Instit. des Leipz. Lehrerver. Leipzig, Dürr. (S. 264*.)
24. *Derselbe*, Zur Kasuistik der Kinderaussage und Kinderlüge. Pädag.-Psychol. Arbeiten a. d. Institut d. Leipz. Lehrervereins, Leipzig, Dürr. (S. 264*.)
25. *Dorndorf, G.*, Über den Begriff „willenlos" im Sinne der §§ 176,2 und 177 RStGB. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, H. 3, S. 217.
26. *Ebermayer, L.*, Arzt und Patient in der Rechtssprechung. Berlin, R. Mosse. 286 S. (S. 263*.)
27. *Derselbe*, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wschr. Nr. 24, 39, 41 u. 48, S. 806, 1338, 1418 u. 1659 (S. 263*.)
28. *Ehrnrooth, E.*, Der psychisch Abnorme in seinen Beziehungen zur Zivilgesetzgebung. Finska läkaresäll. handl. Bd. 66, Nr. 9/10, S. 800.
29. *Entzian*, Statistische psychopathologische Untersuchungen über die jugendlichen Kriminellen in der Kriesgzeit. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 3/4, S. 297.
30. *Friedjung, J. K.*, Zum Verständnis kindlicher Kriminalität. Med. Klinik Nr. 3, S. 78. (S. 264*.)
31. *Friedländer, A. A.*, Die forensische Bedeutung der Hypnose. Münch. med. Wschr. Nr. 18, S. 581. (S. 264*.)
32. *Gelma, E.*, Les psychoses, à éclosion subite, de la prison préventive, au cours de l'information judiciaire. Ann. méd.-psychol. Nr. 2, S. 139.
33. *Gnant*, Die operative Unfruchtbarmachung von Blödsinnigen, Geisteskranken und Epileptikern. Ztschr. f. Med.-Beamt. Nr. 11, S. 427.
34. *Goroncy, C.*, Handlungsfähigkeit Kopfschußverletzter. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, Nr. 2, S. 145. (S. 257*.)

35. *Gorphe, F.*, La critique du témoignage. Paris, Dalloz.
36. *Grünthal, E.*, Ein Fall von Leichenfetischismus. Mtschr. f. Krimin. psychol. u. Strafr. ref. Nr. 1—4, S. 38. (S. 258*.)
37. *Haff, K.*, Rechtspsychologie, Forschungen zur Individual- und Massenpsychologie des Rechts und zur modernen Rechtsfindung. (Handb. d. biol. Arbeitsmeth. Lief. 133, Abt. VI, Teil C II, H. 1.) Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. 118 S., 4,35 M. (S. 261*.)
38. *Halberstadt, G.*, Contribution à l'étude médico-légale de la démence précoce a forme simple. Encéphale Nr. 2, S. 111.
39. *Hara, S.*, On the brain weights of Japanese criminals. Folia anatom. japon. Bd. 2, H. 5/6, S. 253.
40. *Heimberger, J.*, Sterilisierung und Strafrecht. Mtschr. f. Krimin. psychol. u. Strafr. ref. H. 5—7, S. 154. (S. 260*.)
41. *Heller, J.*, Die ärztlich wichtigen Rechtsbeziehungen des ehelichen Geschlechtsverkehrs (Monographien zur Frauenkunde u. Konstit.-Forsch. Nr. 7). Leipzig, C. Kabitzsch. 47 S. 2,— M. (S. 263*.)
42. *Hellstern, E. P.*, Über die Errichtung von Fachabteilungen f. gewisse Kranke an einzelnen Strafanstalten. Mtschr. f. Krim. psychol. H. 5—7, S. 198. (S. 259*.)
43. *Hellwig, A.*, Zur Bestrafung Jugendlicher. Mtschr. f. Krimin. psychol. H. 1—4, S. 29. (S. 265*.)
44. *Hey*, Das Vererbungsproblem in der forensischen Medizin. Schweizer med. Wschr. Nr. 12, S. 280.
45. *Hildebrandt, K.*, Simulation oder Flucht in die Psychose. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 19, S. 182.
46. *Hinsen*, Hysterie und chronisch-progressive Chorea in der Begutachtung. Ärztl. Mtschr. Augustheft, S. 225.
47. *Holthöfer*, Hypnose als Mittel zur Begehung und zum Beweise von Sittlichkeitsverbrechen. Mtschr. f. Krimin. psychol. H. 8—12, S. 333. (S. 264*.)
48. *Hübner*, Untersuchungen an sexuell Abnormen. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 5, S. 735.
49. *Isserlin, M.*, Gutachtliche Tätigkeit bei Geisteskrankheiten. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1473.
50. *Kalmus, E.*, Über Pseudologia phantastica und ihre forensische Bedeutung. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, H. 5, S. 425. (S. 257*.)
51. *Kankeleit*, Die Zwischenanstalt — eine notwendige Ergänzung von Strafanstalt und Irrenanstalt. Fortschr. d. Med. Nr. 16/17, S. XVII. (S. 259*.)
52. *v. Kármán*, Die Diebstähle der Kinder, ihre Ursachen, Erkennung und erzieherische Behandlung. (Entschiedene Schulreform H. 13.) Berlin, C. Heymann. 103 S. 1,20 M. (S. 264*.)
53. *Kauffmann, A.*, Der Kokainismus und Morphinismus in der Kriegs-

und Nachkriegszeit vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 80, H. 5—6, S. 391. (S. 257*.)

54. *Kempner, R.* und *Thiele, H.*, Über die Zusammenhänge zwischen Zeitanschauung und strafrechtlicher Beurteilung Geisteskranker. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, Nr. 4, S. 359.
55. *Kindborg, E.*, Die Verwendung der Hypnose in der Rechtspflege. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 88, H. 1/3, S. 233. (S. 264*.)
56. *Klieneberger, O.*, Beleidigungsklage auf Grund gutachtlicher Äußerungen. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, H. 3, S. 225. (S. 261*.)
57. *Knack, A.*, Beitrag zum Alkoholnachweis an der Leiche. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, Nr. 6, S. 557. (S. 265*.)
58. *Derselbe*, Das Problem Häußer. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, Nr. 1, S. 9. (S. 258*.)
59. *Krasnuschkin, E.*, Das Kabinett für die Erforschung der Persönlichkeit des Verbrechers und der Kriminalität in Moskau. Mtschr. f. Krimin.-psychol. H. 8—12, S. 274. (S. 259*.)
60. *Ley, R.*, Critique du projet de loi concernant la dissolution du mariage pour cause d'aliénation mentale d'un des époux. Journ. de neurol. et de psychiat. Nr. psychiat. 3, S. 44.
61. *v. d. Leyen*, Fünf Fälle von „Verwahrlosung". Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 29, H. 5, S. 376.
62. *Löwenstein, O.*, *Mentz, R.* und *Bausch, Fr.*, Experimentelle Studien zur Symptomatologie der Simulation und ihrer Beziehungen zur Hysterie. I—IV. Arch. f. Psych. Bd. 72, H. 3 u. 4, S. 359. S. 261*.)
63. *Maier, H. W.*, Zur Frage der Versicherungsneurosen. Schweizer Ztschr. f. Unfallk. Nr. 5, S. 97. (S. 258*.)
64. *Derselbe*, Der Entwurf eines Verwahrungsgesetzes. Mtschr. f. Krimin. psychol. Jg. 14, H. 8/12, S. 224.
65. *Meagher, J. F. W.*, Why alienists differ in criminal trials. Med.-leg. journ. Bd. 41, Nr. 1, S. 10.
66. *Derselbe*, Crime and insanity: A question of responsibility. Ebenda: Nr. 3, S. 63.
67. *Meixner, K.*, Besondere Hirnbefunde bei Kohlenoxydvergiftungen. Beitr. z. gerichtl. Med. VI. Bd. 1924. (S. 265*.)
68. *Meyer, G.*, Die Suggestion und ihre gerichtlich-medizinische Bedeutung. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, H. 5, S. 417. (S. 264*.)
69. *Michel, R.*, Zur Psychologie und Psychopathologie der Strafhaft. Mtschr. f. Krimin. psychol. Nr. 1—4, S. 58. (S. 259*.)
70. *Derselbe*, Zur Psychopathologie der Spitalsbrüder. Arch. f. Kriminol. Bd. 76, Nr. 1, S. 10. (S. 257*.)
71. *Miesbach, E.*, Minderwertigkeit und Verantwortlichkeit. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, H. 1, S. 61. (S. 262*.)
72. *Miller, M.*, Der menschliche Charakter im Lichte der neuen Psycho-

logie. Die Begutachtung des Geisteszustandes vor Gericht. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 8, H. 5/6, S. 303.
73. *Minogue, S. J.*, The intelligence of the criminal insane. Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 17, S. 407.
74. *Mittermaier, W.*, Ein Lehrbuch der Kriminalpsychologie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94, H. 2 u. 3, S. 367. (S. 265*.)
75. *Mönkemöller*, Die Verwahrung Asozialer. Mtschr. f. Krimin.-psychol. Nr. 8—12 S. 277. (S. 258, 259*.)
76. *Nippe*, Das neue Jugendgerichtsgesetz. Med. Klin. Nr. 12, S. 400. (S. 265*.)
77. *Derselbe*, Über Ladendiebinnen. Arch. f. Psych. Bd. 71, H. 3—4, S. 621. (S. 257*.)
78. *Nothaaß, H.*, Über die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 70. (S. 263*.)
79. *Obarrio, J. M.*, Gesetzentwurf über Geistesgestörte, Giftmißbraucher und Verschwender. (Span.) Semana méd. Nr. 7, S. 285.
80. *Oesterlen, O.*, Noch ein Beitrag zur Begutachtung der nervenkranken Kriegsbeschädigten. Ärztl. Mtschr. H. 7, S. 202.
81. *Patini, E.*, Epilessia di Bratz, criminalità ed istero-epilessia. Policlinico, ser. prat. H. 7, S. 211 u. H. 8, S. 247.
82. *Pende, N.*, Konstitution und innere Sekretion, nebst einem Versuch der Anwendung der Endokrinologie in der Kriminalpsychologie. (Abhandl. a. d. Grenzgeb. d. inn. Sekr. H. 2.) Budapest und Leipzig, R. Novak & Co. 63 S. 2,40 M. (S. 258*.)
83. *Pietrusky, F.*, Die gerichtsärztliche und sozialärztliche Bedeutung der Kastration und Sterilisation als Heilmittel. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, H. 2, S. 162. (S. 260*.)
84. *Puppe, G.*, und *Pietrusky, F.*, Gerichtliche Medizin und Anderes. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. H. 9, S 41.
85. *Raecke*, Simulation geistiger Störung. Mtschr. f. Krimin.-psychol. H. 1—4, S. 50. (S. 261*.)
86. *v. Rad, C.*, Zur Frage der Bewußtlosigkeit im hysterischen Anfall mit Bezug auf § 176,2. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, H. 6, S. 533. (S. 263*.)
87. *Raphael* u. a., Socio-psychiatric delinquency studies from the psychopathic clinic of the recorder's court, Detroit. Americ. journ. of psychiat. Bd. 3, H. 4, S. 767.
88. *Rayneau*, Rapport sur l'état mental d'un débile pervers avec idées mystiques inculpé de nombreux vols de reliques et de multiples escroqueries, principalement dans les couvents, évêches ou presbytères. Arch. de neurol. Teil II, Nr. 1, S. 5 u. Nr. 2, S. 41.
89. *Raynier, I.* et *Beaudouin, H.*, L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique, assistance, législation, médecine légale. Paris, le François. 500 S. 70,— Frs.

90. *Schaefer* (Lengerich), Theoretisches Nachwort zu den irrenärztlichen Verhandlungen über den Entwurf eines neuen D. StGB. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 80, H. 3/4, S. 169.
91. *Schiedermair*, Die operative Unfruchtbarmachung der Blödsinnigen, Geisteskranken usw., gewürdigt von der rechtlichen Seite. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 443.
92. *Schnitzer, H.*, Die seelisch Abnormen im Jugendgerichtsgesetz. Zbl. f. Jug.-Recht u. Jug.-Wohlf. Nr. 5, S. 112.
93. *Segesser*, Zur Frage des ärztlichen Geheimnisses. Schweizer Ztschr. f. Unfallk. S. 121 u. 270.
94. *Sloan, G. E.*, Hypnotism as a defense to crime. Med. leg. journ. Bd. 41, Nr. 2, S. 37.
95. *Smith, M. H.*, The mental conditions found in certain sexual offenders. Lancet. Bd. 206, Nr. 13, S. 643.
96. *Stanojevič, L.*, Massenmord im Zustande eines pathologischen protrahierten Rausches. (Kroat.) Liječnički vjesnik Nr. 5, S. 187.
97. *Stelzner, H.-Fr.*, Der Inzest. Mit kasuistischen Beobachtungen an Berliner weiblichen Fürsorgezöglingen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, S. 647. (S. 257*.)
98. *Stemmler*, Die Unfruchtbarmachung Geisteskranker, Schwachsinniger und Verbrecher aus Anlage unter Erhaltung der Keimdrüsen. (Vasektomie und Salpingektomie.) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 80, H. 5—6, S. 437. (S. 260*.)
99. *Sterba*, Selbstmordversuch eines Vierzehnjährigen durch Revolverschuß in die rechte Schläfe. Beiträge z. ger. Med. Bd. 6.
100. *Strasser, Ch.*, Zur Bekämpfung der Sexualdelikte. Schweizer med. Wschr. Nr. 39, S. 881.
101. *Straßmann, F.*, Über verminderte Zurechnungsfähigkeit. D. med. Wschr. Nr. 49, S. 1737. (S. 262*.)
102. *Derselbe*, Zur Reform der Zivilprozeßordnung. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3, H. 4, S. 305. (S. 262*.)
103. *Straßmann, G.*, Die Verhandlungs- und Terminsfähigkeit bei geistigen und körperlichen Erkrankungen. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, H. 6, S. 539. (S. 262*.)
104. *Derselbe*, Fälschlich angenommene Trunkenheit oder Alkoholvergiftung. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 747. (S. 257*).
105. *Derselbe*, Rechte und Pflichten des Arztes und des ärztlichen Sachverständigen in Österreich und Deutschland nach den jetzt geltenden Bestimmungen. Klin. Wschr. Nr. 24, S. 1083. (S. 263*.)
106. *Sullivan, W. C.*, Crime and insanity. London, Ed. Arnold and Co. 256 S.
107. *Then, F.*, Bericht über die Begutachtung von Kriegsbeschädigten in der psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen. Ärztl. Mtschr. Nov.-Heft, S. 330.

108. *Többen, H.*, Ärztliche Jugendgerichtshilfe. Ein Wegweiser zu § 31 JGG. 2. Aufl. von „Kurzer Ratgeber d. Psychopathenfürs". (Wegweiser der Jugendhilfe H. 5.) Freiburg i. B., Caritasverlag. 20 S. 0,25 M. (S. 265*.)
109. *Verwaeck, L.*, Le fonctionnement des annexes psychiatriques des prisons belges. Journ. de neurol. et de psychiat., Nr. psychiat. 5, S. 81.
110. *Vorkastner, W.*, Das naturwissenschaftlich-psychologische Seminar für Juristen an der Universität Greifswald. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 4, Nr. 4, S. 364.
111. *Weber, L. W.*, Eifersuchtstrunkenheit als Strafausschließungsgrund. Psych.-neur. Wschr. Nr. 43—44, S. 234.
112. *Derselbe*, Zur Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger. Ebenda, H. 47—48, S. 256.
113. *Derselbe*, Kastration und Sterilisation geistig Minderwertiger. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 91, H. 1/2, S. 93. (S. 260*.)
114. *Wilmanns, K.*, Die Abhängigkeit der Haftpsychosen vom Zeitgeist. Mtschr. f. Krimin.-psychol. H. 8—12, S. 308. (S. 259*.)
115. *Wimmer, A.*, Die forensische Psychiatrie der chronischen epidemischen Enzephalitis. (Dän.) Hospitalstidende Nr. 12, S. 177.
116. *Derselbe*, Contribution à la médecine legale de l'encéphalite épidémique chronique. Ann. méd.-psychol. Nr. 2, S. 105.
117. *Wittermann, E.*, Die strafrechtliche Beurteilung der Psychopathen. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1397.
118. *Wulffen, E.*, Das Weib als Sexualverbrecherin. Berlin, Dr. P. Langenscheidt. 431 S. 16,— M. (S. 259*.)
119. *Ziemke, E.*, Chemische, mikroskopische und physikalische Methoden der Blutuntersuchung. (Handb. d. biol. Arbeitsmeth. Lief. 150, Abt. IV, Teil 12, H. 2.) Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. 276 S. 4,20 M. (S. 265*.)
120. *Zimmermann, F.*, Bemerkungen über das Entschädigungsverfahren und zur Psychologie des Unfallneurotikers. Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Nr. 4, 5 u. 6, S. 57, 72 u. 85.
121. *Zingerle, H.*, Die gemeingefährlichen Handlungen der Geisteskranken in ihrer Bedeutung für die Rechtspraxis. Graz, U. Moser. 44 S. 1,10 M. (S. 263*.)
122. Zu dem Aufruf des Herrn Regierungsmedizinalrates Dr. *Boeters* in Nr. 1297. Sammlung von Aufsätzen verschiedener Verfasser. Ärztl. Vereinsbl. Nr. 1298 ff. (S. 260*.)

Über einen bemerkenswerten Fall von Schlaftrunkenheit berichtet *Delbrück* (17). Ein reizbar veranlagter, zu Schlafstörungen aller Art neigender Beamter wird nachts nach einem mit Unannehmlichkeiten ausgefüllten Tag plötzlich aus tiefem Schlaf geweckt, nimmt vom Fenster die Lampen von zwei Motorrädern

wahr, glaubt, es sei Feuer, springt aus dem ersten Stock seiner Wohnung, verletzt sich, kriecht noch etwas auf dem Boden umher und kommt erst dann zu klarem Bewußtsein. Der Verletzte erinnert sich später aller Einzelheiten. Alhokol hatte er am Tag zuvor nicht genossen. — *Kalmus* (50) gibt nach kurzer Begriffsbestimmung der Pseudologia phantastica eine Reihe selbsterlebter und begutachteter Fälle dieser Art wieder. Er verlangt für Anklagen auf Grund der Aussage nur eines Zeugen die Zuziehung eines psychiatrischen Sachverständigen, fordert für diesen den nötigen Rechtsschutz vor Verunglimpfung durch Öffentlichkeit, Verteidiger, Staatsanwalt und andere Gutachter auf Gerichtskosten und bessere psychiatrische Schulung der Ärzte und insbesondere der Juristen. — Unter Betonung ihrer hysterisch psychopathischen Konstitution setzt *Michel* (70) die sogenannten „Spitalsbrüder" in Parallele zu den Bettlern und Landstreichern und verlangt ihre Kenntlichmachung durch den Krankenhäusern zugängliche Listen und ihre Aufnahme in Arbeitshäuser. — *Nippe* (77) geht kurz auf die psychiatrische Literatur über Ladendiebinnen ein und bringt anschließend 3 eigene Fälle. Bei sämtlichen Vergehen handelt es sich um geringfügige Entwendungen. Die Entdeckung trat stets sogleich ein. Es erfolgte Exkulpation. — In einer längeren Arbeit erörtert *H.-Fr. Stelzner* (97) den Inzest. Ihre eigene Einteilung (Geschichtliches und Kulturgeschichtliches zur Beurteilung von Konsanguinitätsfragen und Inzest, Biologisches zur Inzestfrage, Inzestscheu und Ethik, Zusammenstellung der beobachteten Inzestfälle, Verführer und Umwelt der Inzestopfer, Zur Psychologie der Inzestopfer) zeigt am besten die Vielseitigkeit der Ausführungen. *St.* bringt 11 Fälle eigener Beobachtung. Alkoholismus des Verführers, ungünstige Wohn- und Schlafverhältnisse, Psychopathie und Degeneration bei Verführern und Verführten bilden den Boden. Das Alter der Mädchen lag um 13 und 14 Jahre. Widerstand wurde nur vereinzelt geleistet, nie aus Inzestscheu. Eine Strafverfolgung des Attentäters war nur vereinzelt möglich, da Anzeigen meist aus wirtschaftlichen Gründen zurückgenommen wurden. Die Aussagen der Mädchen sind mit großer Vorsicht zu werten.

Trotz relativ schwerer Hirnschußverletzung können von den Verletzten häufig noch bewußte Handlungen ausgeführt werden. Auf Grund eingehender Erörterungen über die dabei im Schädel sich abspielenden Vorgänge und an Hand einer zahlreichen, kurzgefaßten Kasuistik gibt *Goroncy* (34) Anhaltspunkte zur Beurteilung der Handlungsfähigkeit Kopfschußverletzter. — *G. Straßmann* (104) weist darauf hin, daß gar nicht selten hilf- oder bewußtlos aufgefundene, schwerkranke Personen von Polizeibeamten und Ärzten fälschlich für betrunken erklärt würden. Er fordert gründliche Untersuchung und bei plötzlichen Todesfällen die Sektion. 18 Fälle werden kurz mitgeteilt. — Zu dem vermehrten Morphium- und Kokainmißbrauch der Nachkriegszeit nimmt *A. Kauffmann* (53) Stellung. Zurechnungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit seien von Fall zu Fall zu bestimmen. Entmündigungsmöglichkeit nach Art des Trunksuchtsparagraphen sei erwünscht. Ehescheidung könne nur in seltenen Fällen erfolgen. Alkaloidsucht vor der Ehe könne jedoch Eheanfechtungsgrund werden. Er fordert Entfernung Alkaloidsüchtiger von verantwortungsvollen Posten, zeitweilige oder

dauernde Approbationsentziehung bei Ärzten, gesetzlichen Zwang zu Entziehungskuren und strengere Kontrolle des Alkaloidhandels. Zum Schlusse bespricht er Morphium- und Kokainsucht als Folge des Kriegsdienstes. — *Grünthal* (36) schildert einen Mann, der mehrmals in Leichenhallen eindrang und dort zur Befriedigung sexueller Strebungen weibliche Leichen betrachtete und betastete. — *Maier* (63) fordert im Anschluß an die Ansicht anderer Autoren — wobei er auch den juristischen Standpunkt berücksichtigt —, daß die Versicherungsneurose nicht mehr als entschädigungspflichtige Unfallfolge anerkannt werden soll. Einwandfreie Diagnosestellung sei natürlich Voraussetzung. — *Knack* (58) beurteilt den Wanderprediger Häußer als einen von seiner göttlichen Sendung überzeugten Psychopathen mit hysterischen und manischen Zügen und deutlicher ethischer und gewisser intellektueller Defektbildung. Als Gutachter exkulpiert er ihn nur für Handlungen, die „aus einem akuten Anlaß heraus geschahen". Die Arbeit gibt zeitlich eine Ergänzung der *Reiß*schen Darlegungen.

13 größtenteils bekannte asoziale Familien verschiedener Länder werden von *Dirksen* (19) kurz beschrieben. Verf. weist auf den unendlichen ideellen und materiellen Schaden hin, der durch hemmungslose Fortpflanzungsmöglichkeit gerade minderwertiger Individuen der Allgemeinheit erwächst, und fordert intensive Volksaufklärung sowie gesetzliche Vorschriften, die Asozialen wieder sozial oder unschädlich zu machen, die Sozialen zu schützen und eine gute Qualität der Fortpflanzung zu garantieren. — In einer Monographie hat *Pende* (82) seine Anschauungen über die chemischen Regulatoren der körperlichen und psychischen Persönlichkeit niedergelegt und deren Fehlleistungen zur Kriminalität in Beziehung gebracht. Verf. unterscheidet eine morpho-, chemo- und neuropsychoregulatorische Wirkung der Hormone. Das vegetative und endokrine System wirken dabei als endokrinosympathischer Apparat eng nebeneinander. Grenzzustände zwischen dem Normalen und dem Pathologischen nennt *P.* endokrine Diathesen oder die „subendokrinopathische Individualität". Im Bereich des Normalen spricht er von Biotypen. Er beschreibt die hyper- und hypothyreoide, die hyper- und hypopituitäre, die hyper- und hyposubrenale, die hypoparathyreoide und die hyperthymische Konstitution. Bei den untersuchten Kriminellen handelt es sich meist um endokrinologische Komplexe mit Vorwiegen der Eigentümlichkeiten einer bestimmten Konstitution. *P.* unterscheidet darnach als eine Gruppe die Verüber krimineller Handlungen ohne Gewaltakte, die Gelegenheitsverbrecher und Impulsiven, ferner die Gruppe der blutdürstigen und zynischen Gewohnheitsverbrecher und die Gruppe der Sittlichkeitsverbrecher mit Einschluß der Prostituierten. Für die Entstehung des Verbrechertums werden je nach den verschiedenen Individuen bald der Faktor der anomalen hormonalen Konstitution, bald derjenige der anomalen Hirnkonstitution angenommen. Verf. verspricht sich von einer eingehenden endokrinologischen Untersuchung der Kriminellen zusammen mit anderen Untersuchungsmethoden weitere Klärung und denkt an die Möglichkeit einer „endokrinotherapeutischen Prophylaxe der konstitutionellen sittlichen Schwäche". — Im Anschluß an den Entwurf eines Gesetzes betr. die Überweisung Asozialer zur Verwahrung bespricht *Mönkemöller*

(75) einschlägige Fragen und macht Vorschläge über Einrichtung und Führung von Verwahrungsanstalten. Die Kosten würden durch Freiwerden von Plätzen in Gefängnissen, Zuchthäusern, Arbeitshäusern usw., durch Entlastung der Gerichts- und Verwaltungsbehörden, der Armenbehörden und Irrenanstalten und durch Schaffung von Arbeitswerten verringert. — *Michel* (69) berichtet über die seelische Eigenart von 355 Insassen der Grazer Männerstrafanstalt. Er vergleicht Einzel- und Gemeinschaftshaft in ihrer Wirkung auf den Häftling. Dann kommen die Strafschäden zur Sprache. 9 psychogene Störungen, davon 7 in Einzelhaft entstanden, werden in extenso wiedergegeben. Verf. hält Simulation für eine seltene Erscheinung. Zum Schluß stellt er Betrachtungen über die Strafwirkung und über Verbesserung des Strafvollzugs an. 77 Literaturnachweise sind angefügt. — *Wilmanns* (114) weist mit der ihm eigenen klaren und überzeugenden Diktion nach, daß haftpsychotische Zustandsbilder eigentlich erst seit Mitte des vorigen Jahrhunderts bekannt wurden und seitdem trotz oder gerade wegen des milderen Strafvollzuges an Häufigkeit ständig zunahmen. Er führt die Mehrheit derselben auf bewußte Simulation zurück. Die Vortäuschung von Geisteskrankheit bei Gefangenen habe Schule gemacht, „als die Ergebnisse der jungen psychiatrischen Wissenschaft volkstümlich und die Prüfung der Gefangenen auf ihren Geisteszustand allgemein üblich wurde". Verf. wünscht Erklärung der Verhandlungsfähigkeit bei Ganserschen Zuständen, Nichteinrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit, möglichste Zurückhaltung der Haftpsychotiker im Strafvollzug, wenn tunlich im Irrenadnex.

In Moskau wurde das „Kabinett für die Erforschung der Persönlichkeit des Verbrechers und der Kriminalität" eingerichtet. *Krasnuschkin* (59) berichtet kurz darüber. An der Spitze steht ein Präsidium mit einem Psychiater, einem Soziologen und einem Anthropologen. Psychologe und Chemiker arbeiten mit. Klinische Aufnahmen (30 Personen) sind möglich.

Eine Änderung des Strafvollzuges für die Grenzfälle erstrebt *Kankeleit* (51). Er will diese in „Zwischenanstalten" so lange verwahrt wissen, als sie für die Gesellschaft gefährlich sind. — *Hellstern* (42) fordert für die Strafanstalten weitere Fachabteilungen, u. U. für mehrere Länder gemeinsam. Zunächst denkt er an Tuberkulosestationen.

Wulffen (118) hat die Literatur wieder um ein interessantes Werk bereichert. Die in früheren Veröffentlichungen dargelegten Anschauungen über Strafrecht und Strafvollzug hat er auch hier zum Ausdruck gebracht. Die Kriminalität der Gegenwart und Zukunft soll jenseits der Annahme einer sittlichen Schuld stehen. Durch die psychophysische Konstitution, die hereditäre, keimplasmatisch veranlagte Organisation und die gesamte Umwelt wird das Seelenleben bestimmt. Der Kern, das Urwesen des Menschen ist das Verbrecherische, alles andere ist Hülle. Von diesem Standpunkt aus betrachtet *W.* auch die weibliche Kriminalität. Anschauungen der positiven italienischen, der französischen und spanischen Kriminalistenschule werden vorangeschickt. Auf diese hätten die deutschen Kriminalisten aufbauen müssen, weil den Deutschen sein gelehrter und künstlerischer Idealismus gerade auf dem Gebiet des „Ewig-Weiblichen" gehin-

dert, eine ursprüngliche und selbständige psychologische Beurteilung des weiblichen Verbrechers zu entwickeln. Verf. verbreitet sich eingehend über die allgemeine Kriminologie des Weibes. Dabei schneidet die Frau wenig gut ab. Zahlreiche Autoren kommen zu Wort. Der Begriff „sexuell" ist im weitesten Sinn gefaßt. Nicht immer ist der Zusammenhang des Verbrechens mit dem Geschlechtlichen restlos erwiesen. Eine umfassende Kasuistik dient als Beweismaterial. Der äußerst inhaltreiche, 431 Seiten starke Band ist ein Gegenstück zu dem früher vom gleichen Verf. erschienenen „Sexualverbrecher".

Der bekannte Aufruf des sächsischen Bezirksarztes Dr. *Boeters* (4) an die deutsche Ärzteschaft zur operativen Unfruchtbarmachung der Blödsinnigen Geisteskranken, Epileptiker usw. hatte das Gute, daß dadurch weite Kreise für eine wichtige Frage interessiert wurden. Die einzelnen Leitsätze gehen zweifellos über das derzeitig Vertretbare hinaus. Es antworteten eine Reihe von Ärzten und auch einige Nichtärzte, teils zustimmend, teils ablehnend, die Zustimmenden einschränkend (122). *Boeters* gibt das Schlußwort. Nicht ohne scharfe Polemik sucht er Einwände zu entkräften. — *Braun* (10) spricht sich für die künstliche Sterilisierung Schwachsinniger aus und sieht darin eine gesetzlich völlig einwandfreie Handlung. — *Heimberger* (40) hält de lege lata nur die Sterilisierung zu Heilzwecken und zur Verhütung erheblicher Lebens- und Gesundheitsgefährdung für gesetzlich zulässig. Die Willenserklärung des gesetzlichen Vertreters eines Geschäftsunfähigen sei wertlos. Dieser habe nur für die Person des Vertretenen, nicht für Staat und Allgemeinheit zu sorgen. De lege ferenda erscheinen Verf. feste Vorschläge verfrüht. — Nach kurzen allgemeinen Bemerkungen über die Folgen der operativen und der Röntgenkastration sowie der Sterilisation bespricht *Pietrusky* (83) deren therapeutische Bedeutung. Aus der Literatur werden Erfolge der Kastration bei Psychosen im Gefolge der Menstruation und Gravidität angeführt. Die Kasuistik wird durch 2 mit der Menstruation in Beziehung stehende Fälle vermehrt. Eine Frau wurde durch Kastration geheilt, eine andere nicht. Die Erfolge anderer Autoren bei Sittlichkeitsverbrechern werden durch einen ausführlich beschriebenen, anscheinend geheilten Fall ergänzt. Der Wirksamkeit einer Implantation normaler Hoden mit oder ohne Wegnahme der eigenen bei Homosexuellen steht Verf. skeptisch gegenüber. — Die Frage der Unfruchtbarmachung Minderwertiger vom psychiatrischen Standpunkt aus hat in kritischer Weise *Stemmler* (98) abgehandelt. Die Sterilisierung empfiehlt sich bei ausgesprochenen endogenen Psychosen und bei schwerer Degeneration. Zunächst könne nur freiwillige Sterilisierung in Frage kommen. Gegen Mißbrauch der Sterilisierung müßten Vorsichtsmaßregeln getroffen werden. Jeder Fall sei gerichtlich nach Anhören eines Psychiaters und eines in Eugenik und Vererbungswissenschaft erfahrenen Arztes zu entscheiden. Auf diese Arbeit *St.*s baut sich ein Gesetzentwurf des sächsischen Landesgesundheitsamtes zum § 224 RStGB. auf. — *L. W. Weber* (113) übt an den *Boeters*schen Leitsätzen, insbesondere auch an seinen Veröffentlichungen in der Tagespresse scharfe Kritik. Ein therapeutischer Erfolg der Kastration bei Epilepsie und Geisteskrankheiten sei an sich unwahrscheinlich. Selten würden dadurch mit Menstruation und Gravidität zusammen-

hängende Psychosen beeinflußt. Auch angeborene Sexualperversionen würden selten gebessert. Der eugenischen Wirkung der Sterilisierung seien enge Grenzen gezogen. Man verstopfe dadurch bei weitem nicht alle Quellen minderwertiger Veranlagung. *W.* betont die medizinisch-diagnostischen Schwierigkeiten, die mangelhafte Kenntnis der Erblichkeitsgesetze und die unklare Rechtslage.

Meinungsverschiedenheiten psychiatrischer Sachverständiger ergeben sich nicht selten bei der Begutachtung psychogener Zustände im Straf- und Zivilprozeß, besonders aber bei der Unfallbegutachtung. Zur wissenschaftlichen Klärung verlangt *Bratz* (6) die Auswertung einer größeren Anzahl gut bearbeiteter Einzelfälle, sowie die statistische Erfassung von Massenschicksalen. Nach den Ermittelungen des Verf. wird die einmalige Abfindung nach Unfällen in der Schweiz gar nicht so häufig durchgeführt und ist auch gar nicht so erfolgreich, als zuweilen behauptet wird. Die Zahl der Neurotiker ist nach Einführung der Abfindung größer geworden. — *Döllner* (22) streift wichtige Punkte der Unfallbegutachtung auf Grund eigener Erfahrungen. Psychiatrisch interessieren seine Ausführungen über Simulation und Aggravation, Neurosen, Paralyse und Tabes, Dementia praecox. Zum Schlusse tadelt er die Leichtfertigkeit, mit der oft bei der Ausstellung ärztlicher Zeugnisse vorgegangen wird. — *Klieneberger* (56) wurde wegen einer völlig sachlichen, den Anwalt eines Kranken betreffenden, einem Gutachten eingefügten Bemerkung von diesem wegen Beleidigung verklagt. Auf Grund des § 193 StGB. erfolgte schließlich Freisprechung.

Raecke (85) bespricht die Vortäuschung geistiger Störungen. Gründliche klinische Untersuchungstechnik bei Würdigung der Gesamtpersönlichkeit müßten vor Fehlbeurteilungen schützen. — *Löwenstein* (62) gab 32 Laien die Aufgabe, dem untersuchenden Nervenarzt Krankheit vorzutäuschen, und fand dabei alle Zeichen „echter" Hysterie, bei 4 Personen nur subjektive Klagen, bei allen andern auch objektive Symptome. Verf. sieht hier konstitutionell verschiedene Persönlichkeitsgruppen und stellt sie in Analogie zu Hysterischen ohne und mit manifesten Symptomen. Er unterscheidet unmittelbare, bewußte und mittelbare, nicht oder sekundär bewußte Simulationssymptome. Zu letzteren zählen u. a. Rötung des Gesichts, Schweißausbruch, ja zuweilen sogar Lichtstarre der Pupillen. Sie haben enge Beziehung zur echten Hysterie. — *Mentz* untersuchte im Anschluß die Äußerungsformen experimentell simulierter Erregungszustände, *Bausch* die Simulation von Störungen der optischen Auffassung. Alle gelangen zu dem Schluß, daß simulierte und hysterische Symptome als solche durch klinische Beobachtung wie durch exakte Analyse nicht unterschieden werden können. *L.* glaubt auf Grund der mittelbaren Symptome in gewissen Fällen eine Abgrenzung vornehmen zu können.

Haff (37) sieht in der Nutzbarmachung der Resultate der exakten psychologischen Forschung für die Rechtswissenschaft und Rechtspraxis ein Mittel zur Erlangung eines objektiven Maßstabes für die Rechtsauslegung. Er betrachtet zunächst Individualpsychologie und Recht: Rechtliches Denken, Rechtsbewußtsein und dessen Entwickelung, Willenselemente des objektiven und subjektiven Rechts, Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte, Verschuldungsbegriffe, Psycho-

logie der Strafe. In der Abteilung: Massenpsychologie und Recht werden u. a. die Willensäußerungen der unorganisierten Masse und die Veränderung der Masse durch die Organisation sowie die rechtliche Bedeutung der organisierten Masse besprochen. Es wird versucht, den massenpsychologischen Wurzeln des Staates sowie den Veränderungen des Staatsvolkes durch die staatliche Organisation nachzuspüren. Die Begriffe Gemeinwille und Gruppenrecht werden einer Untersuchung unterzogen. In einem dritetn Teil bespricht Verf. die moderne Rechtsfindung und die Ergebnisse der Rechtspsychologie und konstruktiven Jurisprudenz als unpsychologische Rechtsanwendung, Freirechtslehre, Idealtypen der Soziologie und ihre Unbrauchbarkeit für die Rechtswissenschaft, Erfahrungstypen der Psychologie und das Recht. Die Arbeit *Haffs* bringt in Kürze einen Überblick über wichtige rechtspsychologische Fragen. Zahlreiche Fußnoten geben Literaturnachweise.

G. Straßmann (103) bespricht die Begriffe der Verhandlungs- und Terminfähigkeit, wie sie nach der deutschen StrPO. gehandhabt werden, und deren beabsichtigte Fassung in neueren Gesetzentwürfen. *St.* wünscht eine genaue, scharfumrissene Definition dieser Begriffe und macht dementsprechende Vorschläge. Für die krankhaften Reaktionen psychopathischer Personen wird Verhandlung in Abwesenheit angestrebt. — Für die neue ZPO. wünscht *Fr. Straßmann* (102) möglichste Beschränkung auf schriftliche Äußerung ärztlicher Sachverständiger, gleiche Bezahlung für sachverständige Zeugen wie für Sachverständige, Begutachtung als Zeugen tätiger Kinder unter 14 Jahren und solcher Personen, gegen deren Wahrnehmungs- und Wiedergabefähigkeit Bedenken bestehen, durch ärztliche Sachverständige, u. a. — Der gleiche Verf. (101) hält die Aufnahme der „verminderten Zurechnungsfähigkeit" in das neue Strafgesetz nicht für zweckmäßig. Da aber der deutsche Entwurf von 1919 viele Verbesserungen bringe, sei es nicht angezeigt, durch grundstürzende Änderungsvorschläge seiner Annahme in den Weg zu treten. *Str.* setzt sich für ergänzende Bestimmungen wie Zulassung mildernder Umstände für alle Straftaten und Erweiterung des Gesetzes über Fürsorgeerziehung (Schutzaufsicht) ein. Gefährliche Formen ohne schwere klinische Abweichungen müßten möglichst lange in besonderen Abteilungen der Strafanstalten, klinisch schwere Fälle in Krankenanstalten, evt. in Sonderanstalten untergebracht werden. — *Mießbach* (71) will die Minderwertigen in 2 Gruppen eingeteilt wissen: beschränkt und affektiv Minderwertige. Für die ersteren schließt er verminderte Zurechnungsfähigkeit als Strafmilderungsgrund im Sinne des StG.-Entwurfes 1919 aus. Sie brauchten strenge Zucht und litten nicht unter dem Strafvollzug. Nur den Affektiv-Minderwertigen könne Strafmilderung oder Unterbringung in einer besonderen Strafanstalt zugebilligt werden. Es gäbe Übergangs- und Grenzfälle. — Für die Neubearbeitung des § 224 StGB. verlangt *Döllner* (21) eine weitergehende Berücksichtigung der Funktion gegenüber anatomischen Gesichtspunkten. Den Ausführungen über „Verfall in Geisteskrankheit" kann der Psychiater für die traumatische Hirnschwäche und Epilepsie, emotionelle und psychogene Erkrankungen zustimmen. Was *D.* aber über die Auslösung von Melancholie und Hypochondrie durch Verletzung entfernter Organe und das In-

erscheinungtreten des Krankheitsbildes der Dementia praecox durch länger einwirkende seelische Insulte kurz andeutet, entspricht nicht der allgemeinen Anschauung. — Einen Beitrag zum § 176, 2 StGB. liefert *v. Rad* (86). Ein Dienstmädchen wird während eines hysterischen Anfalles geschlechtlich mißbraucht und dabei geschwängert. Für den Akt besteht nachher Amnesie. — *Nothaaß* (78) unterzieht den § 1569 BGB. einer eingehenden Betrachtung. Die Verschiedenheit der Auslegung des Begriffes „Aufhebung der geistigen Gemeinschaft" durch verschiedene Gerichtshöfe wird besonders hervorgehoben und eine klarere Fassung des Gesetzes als wünschenswert erachtet. — Für „Richter, Anwälte und Polizeiorgane" hat *Zingerle* (121) ein kleines Heft über die gemeingefährlichen Handlungen Geisteskranker verfaßt. Er führt darin aus, wie sich Geistesstörungen nach außen hin auffällig machen, woraus sich der Verdacht solcher auch für den Laien ergibt und inwiefern die einzelnen Störungen das Handeln beeinflussen. Insbesondere werden die Punkte hervorgehoben, welche anamnestisch für die spätere ärztliche Begutachtung wichtig sind und bei dem ersten Verhör nach Möglichkeit klargestellt werden sollen.

Vorbildung des Arztes, Ausübung der Heilkunde durch Ärzte und Nichtärzte, Berufszwang, Schweigepflicht, Ausstellung falscher Zeugnisse, Kunstfehler, ärztliche Sachverständigentätigkeit und ähnliche Fragen werden von *G. Straßmann* (105) nach österreichischen und deutschen Bestimmungen kurz beleuchtet. — *Ebermayer* (26) hat in seinem Buch „Arzt und Patient in der Rechtsprechung" die in der Deutsch. Med. Wochenschrift seit 1911 erstatteten Berichte über Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis „systematisch nach bestimmten Materien und Gesichtspunkten" zusammengestellt. In einzelnen Abteilungen behandelt er: Öffentliches Recht, Ehrengericht, Ärztliches Berufsgeheimnis, Sachverständigentätigkeit, Haftpflicht, Operationsrecht, Stellung zum StGB., Gebühren, Honorar, Steuerfragen, Operationspflicht, Reichsversicherungsordnung und Krankenkassen, Bevölkerungspolitik. Ein Kapitel „Verschiedenes" folgt am Schluß. Daß auch den Psychiater die meisten dieser Fragen angehen, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Verf. war wie kein anderer berufen, eine oft empfundene Lücke in der Bücherei des Arztes auszufüllen. — Aus den bereits erwähnten „Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis" (27) sind Erwägungen über den § 175 StGB., über die Vernichtung lebensunwerten Lebens, die Unfruchtbarmachung Geisteskranker und gewohnheitsmäßiger Verbrecher und die Laienhypnose an dieser Stelle von besonderem Interesse. *E.* ist einer Milderung des § 175 nicht abgeneigt, wo „Ausfluß einer tiefinnerlichen konstitutionellen Anlage" vorliegt. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens lehnt er unter Bezugnahme auf *Guggisbergs* Darlegungen im „Berner Bund" ab. *E.* warnt die Ärzte vor der Ausführung der Sterilisierung aus rassehygienischen und eugenetischen Gründen, hält aber die Frage de lege ferenda für durchaus diskutabel. Mit *E. Schultze* will er jede Laienhypnose verboten wissen. — Die *Heller*sche (41) Zusammenstellung der ärztlich wichtigen Rechtsbeziehungen des ehelichen Geschlechtsverkehrs (nach den Entscheidungen des Reichsgerichtes und der Oberlandesgerichte) dürften von allgemeinem Interesse sein. Bei dem engen Zusammenhang zwischen Psyche

und Sexualität wird auch der Psychiater der Kenntnis dieses Wissensgebietes nicht entraten können.

Friedländer (31) betont die Möglichkeit, Verbrechen an Hypnotisierten zu begehen und durch Hypnotisierte begehen zu lassen. Letzteres sei allerdings noch nicht völlig einwandfrei erwiesen. Er kommt dann auf Hypnoseschäden, wendet sich gegen Schau- und Laienhypnosen und gegen Anwendung der Hypnose in der Rechtspflege (Explorationshypnose). Die für die Hypnose in Frage kommenden §§ des RStGB. und des BGB. werden angeführt, sonstige behördliche Maßnahmen gegen Mißbrauch der Hypnose besprochen. — *Holthöfer* (47) berichtet über einen anscheinend einwandfrei erwiesenen Fall von sexuellem Mißbrauch eines 19jährigen Mädchens in der Hypnose. — *Kindborg* (55) hält auf Grund praktischer Erfahrungen und Experimente die Hypnose zur Feststellung eines Tatbestandes in der Rechtspflege unbrauchbar, da unter ihrer Einwirkung auch fiktive Gedankengänge ausgesponnen würden. Dagegen empfiehlt er die Hypnose in der Fürsorge für sittlich gefährdete Jugendliche und beim Strafvollzug an Erwachsenen zur Beeinflussung des Charakters. Sie gehöre nicht in die Diagnose, sondern in die Therapie. — Nach Entwickelung des Begriffes Suggestion werden von *G. Meyer* (68) die Erscheinungen der Suggestion in ihrer gerichtlich-medizinischen Bedeutung abgehandelt. Unter Anführung bekannter Rechtsfälle kommt er auf suggestiv bedingte Falschaussagen und Verbrechen zu sprechen. Man solle im Rechtsleben die Suggestion mehr beachten, Richter und Polizeiorgane besser psychologisch durchbilden.

Friedjung (30) fordert mehr psychologisches Verständnis — besonders im Sinne der *Freud*schen Gedankengänge — für kriminelle Handlungen von Kindern und häufigeres Zuziehen eines psychologisch geschulten Arztes. — *v. Kármán* (52) will die Diebstähle der Kinder als Symptome einer moralischen Erkrankung aufgefaßt wissen. Und zwar soll diese moralische Erkrankung nicht die Folge von fehlerhaften Erbanlagen sein, sondern von Entwickelungsstörungen verschiedenster Art infolge fehlerhafter Erziehung und falscher Umweltseinflüsse. Die Entwickelungsstörungen betreffen nach *v. K.* die Rekapitulation der Phylogenese des Eigentumsverhaltens beim Kind. Für alle Kriminellen schweben *K.* für ferne Zeiten Kliniken vor, in Analogie zu den heutigen psychiatrischen Kliniken. — Eine Arbeit von *Döring* (23) gibt ein Bild von der Tätigkeit des kinderpsychologischen Sachverständigen in Sexualprozessen. Er knüpft an sächsische Verordnungen über die Vernehmung jugendlicher Zeugen an, die ihm zweckmäßig erscheinen, um dann auf das Verfahren in andern deutschen Staaten kurz einzugehen. Zur Hebung des Vertrauens zur Rechtsprechung und zum Schutz unschuldig Angeklagter wünscht Verf. die obligatorische Beiziehung Sachverständiger. Die Bestimmungen der StPO. werden erörtert. Für schulpflichtige Kinder wird eine „Schulauskunft" gefordert, die der Klassenlehrer geben soll. Eine Reihe „vorläufiger Gutachten" sind beigefügt. Weiter schildert *D.* die Tätigkeit des Sachverständigen in der Hauptverhandlung und gibt eine Anleitung für die Erstattung des Hauptgutachtens. — Der gleiche Verf. (24) veröffentlicht zur Kasuistik der Kinderaussage und Kinderlüge im Auszug 60 hierher gehörige Fälle.

Die Notwendigkeit des Jugendgerichtsgesetzes wird von *Hellwig* (43) an dem Fehlurteil eines Schöffengerichtes gezeigt. — *Nippe* (76) hebt einige für den sachverständigen Arzt wichtige Punkte aus dem Jugendgerichtsgesetz vom 18. 2. 23 hervor. Er sieht in diesem Gesetz einen wesentlichen Fortschritt. — Das kleine Heftchen von *Többen* (108) wird nicht nur dem Jugendrichter und Jugendhelfer, sondern auch manchem ärztlichen Sachverständigen willkommene Anhaltspunkte für die Erforschung der persönlichen Eigenart und der Lebensverhältnisse des Jugendlichen geben können.

Meixner (67) hält trotz gegenteiliger Ausführungen *Lewins* daran fest, daß insbesondere doppelseitige Erweichungsherde in den vorderen Teilen der inneren Linsenkernglieder, des Globus pallidus, bei spät zum Tode führenden Fällen von Kohlenoxydvergiftung ein geradezu regelmäßiger Befund seien. Er führt den Nachweis an dem großen Material des Wiener gerichtlich-medizinischen Institutes für die Zeit von 1900—1922. Anschließend wird über 6 Fälle von CO-Vergiftung mit besonderen Gehirnveränderungen berichtet. — *Knack* (57) bringt bei Verdacht einer Alkoholvergiftung das Gehirn möglichst rasch nach der Schädelöffnung in ein gut schließendes Gefäß. Öffnet man nach 5—10 Minuten, so findet sich bei Anwesenheit auch nur geringer Alkoholmengen deutlicher spirituöser Geruch — Der fast 100 Seiten starke Beitrag *Ziemkes* (119) zum Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden über chemische, mikroskopische und physikalische Methoden der Blutuntersuchung behandelt den Blutnachweis im Sinne der gerichtlichen Medizin. Wer sich auf diesem Gebiet orientieren will, wird hier finden was er sucht.

Mittermaier (74) verlangt ein „knappes, aber systematisch vollständiges" Lehrbuch der Kriminalpsychologie. Im Fehlen eines solchen sei die mangelhafte Vorbildung des Juristen für die Strafpraxis begründet.

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Sachregister.

2. Autorenregister

Berichtigung.

Seite 156* (496) muß es statt Suesareff heißen Snessareff.
Seite 212* (27) muß es statt aclool heißen alcool.
Seite 212* (29) muß es statt Noval heißen Novak.











UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06221 2504

